



Oslo kommune
Kommunerevisjonen

Rapport 16/2011

Kvalitet i sykehjem - Smestadhjemmet



Kommunerevisjonen - integritet og verdiskaping

Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

Rapport 01/2011 Planlegging, styring og oppfølging av investeringsprosjekter i Energigjenvinningsetaten

Rapport 02/2011 Kontroll av anskaffelser i ni virksomheter

Rapport 03/2011 Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom – en undersøkelse av bydelenes tilbud til elever i videregående skole

Rapport 04/2011 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - Samlerapport 2010

Rapport 05/2011 Bruk av private døgnovernattingstilbud

Rapport 06/2011 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport 2010

Rapport 07/2011 Konsulentbruk i Oslo kommune; strategier og oppfølging

Rapport 09/2011 Sykehjemsetatens oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår i sykehjem driftet av kommersielle aktører

Rapport 10/2011 Hovedsykkelveinettet i Oslo kommune - utbyggingstakt

Rapport 11/2011 Tiltak mot frafall fra yrkesfag - Byggfag ved Bjørnholt skole
Helse- og sosialfag ved Holtet videregående skole

Rapport 12/2011 Avfall - Kommunalt tilsyn med avfallsområdet

Rapport 13/2011 Avfall - Kommunens mottaksordninger for farlig avfall

Rapport 14/2011 Offentlige anskaffelser - kontroll av utvalgte innkjøp utført av Omsorgsbygg Oslo KF

Rapport 15/2011 Hovedsykkelveinettet i Oslo kommune - kvalitet

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet om kvalitet i sykehjem – Smestadhjemmet.

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

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

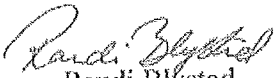
Denne forvaltningsrevisjonen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 26.01.2010 (sak 5) om Forvaltningsrevisjon med oppstart 1. halvår 2010. Den tilhører fokusområde *Brukertilpassede Tjenester og myndighetsutøvelse*, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet plan for forvaltningsrevisjon* av 18.06.2008 (sak 259).

Undersøkelsen er gjennomført iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Undersøkelsen er gjennomført av Arve Alstad, Inger-Johanne Kramer og Morten A. Engebretsen, med sistnevnte som prosjektleder. I tillegg har studieleder ved Diakonhjemmet høyskole Astrid Flæten Utnem vært med som konsulent i flere faser av undersøkelsen.

Vi vil takke alle vi har vært i kontakt med for nødvendig bistand i forbindelse med undersøkelsen.

04.11.2011


Randi Blystad
ass. avdelingsdirektør


Morten Andreas Engebretsen
revisjonsrådgiver

Innhold

Hovedbudskap	5
Sammendrag	5
1. Innledning.....	9
1.1 Problemstilling	9
1.2 Revisjonskriterier	10
1.3 Metode.....	11
1.4 Smestadhjemmet	11
1.5 Rapportens disposisjon.....	11
2. Systemrettet arbeid og organisatoriske forhold ved sykehjemmet	12
2.1 Internkontroll, kvalitetssystem og forbedringsarbeid.....	12
2.2 Pasientdokumentasjon, journaler og planer	14
2.3 Informasjon og kommunikasjon.....	18
2.4 Lokaler og utstyr	20
2.5 Bemanning, kompetanse og samarbeid.....	22
3. Tjenestetilbudet i ordinære avdelinger	27
3.1 Personlig hygiene, sårbehandling, fysikalsk oppfølging.....	27
3.2 Aktiviteter og stimulering	29
3.3 Måltider og ernæring	32
3.4 Renhold og vask av klær	35
3.5 Legemiddelhåndtering.....	36
4. Sentrale vurderinger, konklusjon og anbefalinger	39
4.1 Sentrale vurderinger	39
4.2 Konklusjon	40
4.3 Anbefalinger.....	40
5. Mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens kommentarer til høringsuttalelsene..	41
5.1 Uttalelse fra Sykehjemsetaten	41
5.2 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester	41
5.3 Kommunerevisjonens kommentarer til uttalelsene	41
Referanser	43
Tabelloversikt.....	44
Vedlegg 1 Revisjonskriterier.....	45
Vedlegg 2 Metode og undersøkelsesopplegg.....	59
Vedlegg 3 Uttalelse fra Sykehjemsetaten.....	63
Vedlegg 4 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.....	67

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har i 2011 undersøkt kvaliteten på vesentlige sider ved pleie- og omsorgstilbudet på Smestadhjemmet.

Samlet sett viser undersøkelsen at tilbudet ved Smestadhjemmet var tilfredsstillende på mange områder, samtidig som det var klare behov for forbedringer for å sikre en kvalitativt god pleie- og omsorgstjeneste til beboerne. Kommune-revisjonen vil særlig påpeke svakhetene knyttet til:

- Sykehjemmets internkontroll- og kvalitetssystem, for eksempel systematisk oppfølging av avvik, klager og resultater fra undersøkelser.
- Dokumentasjon av status, planer og tiltak for den enkelte beboer.
- Daglig oppfølging – undersøkelsen gir indikasjoner på at tannstellet ikke alltid var tilfredsstillende, at ikke alle som trengte det fikk tilstrekkelig fysisk behandling og at det var lite aktivisering og stimulering av beboere i det daglige.

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatet av Kommunerevisjonens undersøkelse av kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet ved Smestadhjemmet i første halvdel av 2011, med hovedfokus på to somatiske langtidsavdelinger ved sykehjemmet.

Formålet med undersøkelsen har vært å bidra til videreutvikling av kvaliteten på eldreomsorgen i Oslo ved å beskrive og vurdere kvaliteten ved et sykehjem som kommunen driver selv.

Smestadhjemmet ble valgt ut etter en samlet vurdering av blant annet sykehjemmets resultater i kvalitetsmålinger og tilfredshetsundersøkelser de senere årene. Flere resultater tydet på at Smestadhjemmet hadde et forbedringsbehov. Det var også viktig at sykehjemmet

var relativt stort og hadde somatiske langtidsavdelinger.

Problemstilling

Undersøkelsens hovedproblemstilling har vært: Hvordan er kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten ved Smestadhjemmet?

For å svare på problemstillingen har Kommune-revisjonen sett på viktige aspekter ved følgende forhold ved sykehjemmet

- internkontroll, kvalitetssystem og forbedringsarbeid
- pasientdokumentasjon, journaler og planer
- informasjon og kommunikasjon
- lokaler og utstyr
- bemanning, kompetanse og samarbeid
- personlig hygiene, sårbehandling og fysisk oppfølging
- aktiviteter og stimulering
- måltider og ernæring
- renhold og vask av klær
- legemiddelhåndtering

Undersøkelsesopplegg

I undersøkelsen har Kommunerevisjonen gjennomgått dokumentasjon fra Smestadhjemmet, Sykehjemsetaten og Helse- og velferdsetaten. Kommunerevisjonen har intervjuet ansatte, snakket med beboere og pårørende og gjennomført observasjoner på dag- og kveldsvakter, både uke-dager og i helg. Revisjonsteamet hadde knyttet til seg en konsulent med sykepleierfaglig bakgrunn. Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden januar – mars 2011.

Sentrale vurderinger

Basert på undersøkelsen fant Kommunerevisjonen at Smestadhjemmet hadde både positive trekk og forbedringsbehov ved sitt tjenestetilbud.

Positive trekk ved sykehjemstilbudet

Det var flere positive trekk ved kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet ved Smestadhjemmet. Dette gjaldt særlig følgende:

- Sykehjemmet var i gang med å innføre Sykehjemsetatens elektroniske kvalitets-system *Kvalitetslosen*.
- Det ble gjennomført inkomstsamtaler og det var informert om måltider og aktiviteter mv. på oppslagstavler. Alle beboere hadde en primærkontakt.
- Sykehjemmet hadde beboerrom, felles-arealer og utstyr som stort sett var tilrettelagt for beboernes behov. Blant annet hadde de aller fleste beboerne eget rom med toalett og dusj. Sykehjemmets tre dublettrom ga mulighet for at ektefeller kunne bo sammen.
- De fleste fast ansatte var faglærte. Planlagt bemanning var innenfor Sykehjemsetatens veiledende bemanningsnorm. Sykehjemmet hadde iverksatt flere kompetansetiltak for de ansatte.
- Pasienttilbudet knyttet til daglig stell og behandling av sår fremsto som tilfredsstillende.
- Beboerne fikk i all hovedsak legge seg når de ønsket. Sykehjemmet hadde et nokså variert tilbud av organiserte felles aktiviteter og kulturtilbud.
- Sykehjemmet hadde et bredt tilbud til frokost og kveldsmat av pålegg, grøt, egg mv. De som trengte hjelp under måltidene fikk det i de situasjonene vi observerte. Det var stort sett hyggelig stemning under måltidene og beboerne fikk tilstrekkelig tid og ro til å spise.
- Renholdet fremsto i hovedsak som tilfredsstillende.
- Istandgjøring og utdeling av legemidler ved sykehjemmet var stort sett godt ivaretatt.

Forbedringsbehov

Vi har samtidig funnet betydelige mangler eller forbedringsbehov. Dette gjaldt særlig følgende:

- Sykehjemmet hadde ikke et tilstrekkelig helhetlig, dokumentert og oppdatert internkontroll- og kvalitetssystem, blant annet var

det manglende systematikk i behandling av avvik, klager og resultater fra undersøkelser.

- Sykehjemmet hadde et forbedringspotensial knyttet til dokumentasjonen av status, planer og tiltak i journalen og annen pasientdokumentasjon for enkeltbeboere.
- Sykehjemmets skriftlige informasjon til beboere og pårørende kunne vært bedre. Vi savnet standardisert skriftlig informasjon i forbindelse med innflytting, blant annet om kommunens kvalitetskrav og klageordninger.
- Deler av sykehjemmet hadde behov for oppussing.
- Ved enkelte vakter var det en stor andel ufaglærte og vikarer, dette gjaldt særlig i helgene. Enkelte pleieansatte behersket ikke norsk godt nok.
- Sykehjemmet hadde i begrenset grad en systematisk tilnærming til vurdering av samlet kompetansebehov, for eksempel gjennom en kompetansekartlegging opp mot myndighetskrav. Sykehjemmet så også ut til å ha mangelfull kompetanse på områdene ernæring og Gerica.
- Det tverrfaglige samarbeidet ved sykehjemmet var for begrenset.
- Det var indikasjoner på at tannstellet ikke alltid var tilfredsstillende. Det fysiske tilbudet syntes samlet sett for begrenset.
- Det er grunn til å stille spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad var tilrettelagt for den enkeltes behov for sosial kontakt og aktiviteter. Dette gjelder også særskilte tiltak rettet mot gruppene av klare beboere og beboere med kognitiv svikt.
- Beboerne ble i liten grad tilbudt og servert frukt. Sykehjemmet hadde ikke alternative middagsmenyer.
- Det var mangler ved den ernæringsmessige oppfølgingen ved at beboere som hovedregel ikke ble veid månedlig.
- Det var ikke tilfredsstillende at pleiepersonell som deltok i stell også serverte mat uten bruk av forklede eller liknende.

- Trolig ble ikke alle avvik i medisinhåndteringen registrert. Effekter av eventuell-medisin ble ikke alltid dokumentert.

Anbefalinger

Basert på undersøkelsen har Kommune-revisjonen følgende anbefalinger til forbedringer i sykehjemmets systemrettede arbeid:

- At prosessen med å etablere et helhetlig, dokumentert og oppdatert internkontroll- og kvalitetssystem fullføres.
- At pasientdokumentasjon som journaler og planer holder tilfredsstillende kvalitet, og at den er enhetlig og oversiktlig - i den forbindelse mener vi det er viktig at sykehjemmet fullfører implementeringen av det elektroniske fagsystemet Geric.
- At alle beboere får viktig og nødvendig informasjon skriftlig ved innflytting.
- At det vurderes tiltak for å redusere andelen ufaglærte og vikarer ved enkelte vakter, og at sykehjemmet sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse, herunder også tilfredsstillende ferdigheter i norsk.

Når det gjelder tjenestetilbudet ved sykehjemmet, anbefaler Kommunerevisjonen at det iverksettes tiltak for å sikre:

- Tilfredsstillende daglig tannstell og fysikalsk behandling for beboere med slikt behov.

- Mer aktivisering og stimulering av beboerne i det daglige.
- Valgmulighet når det gjelder middager.
- Månedlig veiing av beboerne.
- Tilfredsstillende hygiene ved pleiepersonals håndtering av mat.
- Tilfredsstillende registrering av avvik i legemiddelhåndteringen og at effekter av eventuell-medisin dokumenteres.

Mottatte uttalelser

Kommunerevisjonen sendte rapport til uttalelse til daværende byråd for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten og Smestadhjemmet 30.09.2011. Kommunerevisjonen mottok uttalelser fra Sykehjemsetaten i brev av 25.10.2011 og fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i brev av 30.10.2011. Uttalelsene følger rapporten som trykte vedlegg.

Byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten hadde ikke innvendinger til rapporten og ga uttrykk for at rapporten var nyttig. Sykehjemsetaten varslet en rekke tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger. Byrådsavdelingen varslet at den ville følge opp Sykehjemsetatens iverksetting av tiltak i sin styringsdialog med etaten.

1. Innledning

Eldreomsorgen er viktig for mange av innbyggerne i Oslo og er en betydelig faktor i kommunens tjenestetilbud:

- Ifølge Statistisk årbok 2010 var det i Oslo per 01.01.2010 ca. 60 000 innbyggere eldre enn 67 år og drøyt 23 000 eldre enn 80 år.
- Per 31.12.2010 bodde 4646 personer på sykehjem. Blant innbyggere som var 80 eller eldre bodde 16,2 prosent i institusjon.
- De samlede utgiftene til kjøp av institusjonsplasser var ifølge byrådets årsberetning for 2010 på rundt tre milliarder kroner i 2010 (kostrafunksjon 253).

Får våre pleietrengende eldre den hjelpen de trenger? Dette spørsmålet har i lang tid vært gjenstand for offentlig debatt, blant annet i forbindelse med kommunevalget høsten 2011. Debatten dreier seg dels om omfanget av tjenester, kriterier for tildeling av tjenester, og dels om kvaliteten på den pleien og omsorgen som tilbys.

Smestadhjemmet hadde i 2010 totale driftsutgifter på 78,3 millioner kroner. I denne undersøkelsen har vi fokusert på kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten ved sykehjemmet. Kommune-revisjonen har tidligere gjennomført liknende undersøkelser ved Økern alders- og sykehjem (2003), Langerud sykehjem (2005) og Nordseterhjemmet (2007/2008).¹

Flere sykehjem var aktuelle for en slik undersøkelse. I denne omgang valgte vi etter en samlet vurdering å undersøke Smestadhjemmet. Viktige elementer i valget av sykehjem var sykehjemmets størrelse og sammensetning av beboere. Vi ønsket et relativt stort sykehjem

med flere somatiske langtidsavdelinger. Det var også sentralt at sykehjemmets resultater fra kvalitetsmålinger og tilfredshetsundersøkelser de senere årene tydet på et forbedringspotensial. Til sist ønsket vi i denne omgang å undersøke et sykehjem beliggende vest i Oslo. I de tre foregående undersøkelsene av denne typen har sykehjemmene ligget øst i Oslo.

Formålet med undersøkelsen har vært å bidra til videreutvikling av kvaliteten på eldre-omsorgen i Oslo ved å beskrive og vurdere kvaliteten på et sykehjem som kommunen driver selv. Rapporten viser status ved Smestadhjemmet våren 2011. Resultatet kan ikke generaliseres til andre sykehjem i Oslo, men rapporten kan gi Sykehjemsetaten et sammenlikningsgrunnlag med andre sykehjem. Rapporten kan videre være et nyttig bidrag til det beslutningsunderlaget som byrådet / Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og bystyret bygger på i sin styring av pleie og omsorgstjenesten i Oslo kommune.

1.1 Problemstilling

Den sentrale problemstillingen i denne undersøkelsen har vært: Hvordan er kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten ved Smestadhjemmet?

Vi har ikke undersøkt alle sider ved sykehjemmets kvalitet. Vi har konsentrert oss om forhold som framstår som sentrale på bakgrunn av gjeldende bestemmelser, andre undersøkelser av kvalitet i sykehjem og andre tilsyn- og kontrollmyndigheters ansvarsområder. Vi har fokusert på:

Sykehjemmets systemrettede arbeid og aspekter ved organiseringen:

- internkontroll og kvalitetssystem, og forbedringsarbeid
- pasientdokumentasjon, journaler og planer
- informasjon og kommunikasjon
- lokaler og utstyr
- bemanning, kompetanse og samarbeid

¹ Kommunerevisjonen har også gjennomført andre undersøkelser på feltet de siste årene: Sykehjemsetatens oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår i sykehjem driftet av kommersielle aktører (rapport 09/2011), Ti år med Gerica (Rapport 20/2010), Sykehjemsetaten – status etter to års drift (rapport 18/2009), Forebygging og reduksjon av sykefravær i Sykehjemsetaten (rapport 15/2009).

Tjenestetilbudet:

- personlig hygiene, sårbehandling og fysikalsk oppfølging
- aktiviteter og stimulering
- måltider og ernæring
- renhold og vask av klær
- legemiddelhåndtering

Avgrensninger

Vi har i hovedsak sett på Smestadhjemmets to somatiske avdelinger. Smestadhjemmets andre avdelinger er i mindre grad berørt av undersøkelsen. Dette gjelder Smestadhjemmets demensavdeling, avdeling med korttids- og vurderingsplasser og dagsenter.

Verken Smestadhome eller Sykehjemsetaten hadde fullstendig kontroll over alle forholdene vi har undersøkt. Dette gjelder særlig forhold knyttet til sykehjemmets bygningsmasse, som Sykehjemsetaten leier av Omsorgsbygg Oslo KF, og sammensetning av beboere på sykehjemmets avdelinger, som bydelene gjennom vedtak om plassering av beboere, i stor grad styrer. Dette er forhold som til dels er tatt opp i rapporten, og som påvirker flere sider av tjenestetilbudet. Verken Omsorgsbygg Oslo KF eller bydelene er del av denne undersøkelsen.

1.2 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier utgjør den målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene er utledet fra lover, forskrifter, kommunale vedtak og anerkjent praksis. Eksempler på anerkjent praksis er veiledere fra direktorater. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen bygger blant annet på:

- Lov 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene²
- Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell mv.

² Kommunehelsetjenesteloven vil bli erstattet av lov 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. På undersøkelsestidspunktet er det ikke opplyst når ny lov trer i kraft.

- Lov 02.07.1999 nr. 63 om pasientrettigheter
- Lov 30.03.1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenestene
- Forskrift 14.11.1988 nr. 932 om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift 21.12.2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift 03.03.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Forskrift 27.06.2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.
- Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene, behandlet av bystyret 21.04.1999 (sak 204).

Sentralt i denne undersøkelsen er det som følger av forskrift 27.06.2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og av bystyrets vedtak 21.04.1999 (sak 204) om kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene. Verdighetsgarantien (forskrift 12.11.2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg) som trådte i kraft 01.01.2011 kunne også vært benyttet som grunnlag for undersøkelsens revisjonskriterier. På grunn av at forskriften ved undersøkelsens oppstart var helt ny, samt at bestemmelsene i stor grad er dekket av annet regelverk, er ikke forskriften innarbeidet i revisjonskriteriene. Grunnlaget for revisjonskriteriene er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

I kapittel 2 og 3 presenteres revisjonskriteriene først i hvert delkapittel. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er nokså omfattende både mht. antallet kriterier og "bredden" på enkelte kriterier. Vi har ikke hatt som formål å undersøke alle aspekter ved alle kriterier, og vi har derfor under hvert kriteriesett kommentert hva vi har sett på.

1.3 Metode

I denne undersøkelsen har Kommunerevisjonen gjennomgått relevant dokumentasjon fra Smestadhjemmet, Sykehjemsetaten og Helse- og velferdsetaten. Vi har intervjuet ansatte, snakket med beboere og pårørende og gjennomført observasjoner på dag- og kveldsvakter, både i ukedager og i helg.

Vi har benyttet resultater fra ulike undersøkelser gjennomført i 2010. Eksempler på slike er pårørendeundersøkelsen gjennomført av Helse- og velferdsetaten høsten 2010, resultater fra kvalitetsrevisjonen fra høsten 2010 og resultater fra diverse andre undersøkelser. På grunn av lav svarprosent har vi ikke benyttet resultatene fra Helse- og velferdsetatens brukertilfredshetsundersøkelse fra 2010. Kun 7 av 112 beboere fra Smestadhjemmet deltok i denne undersøkelsen.

Revisjonsteamet knyttet til seg en konsulent med sykepleierfaglig bakgrunn. Konsulenten ble benyttet i planleggingen, datainnsamlingen og analysen av undersøkelsen.

Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden januar – mars 2011. Det har også blitt foretatt en del supplerende datainnsamling etter dette.

Undersøkelsens gjennomføring og metode er nærmere beskrevet og drøftet i vedlegg 2.

1.4 Smestadhjemmet

Smestadhjemmet ligger i Bydel Ullern og ble åpnet i 1988. Vinteren 2011 hadde sykehjemmet fire avdelinger, en avdeling med korttids- og vurderingsplasser, to somatiske langtidsavdelinger og en avdeling for personer med aldersdemens. I tillegg hadde sykehjemmet et dagsenter. Sykehjemmet hadde i alt 112 beboere og de fleste bodde på enkeltrom med dusj og wc. I hver etasje var det ett dublettrom.

Sykehjemmet hadde vinteren 2011 totalt 118,5 stillinger, hvorav 61,18 hjelpepleiere og 19,4 sykepleiere. Det var en lege i 90 prosent stilling og i mai 2011 ble det i tillegg ansatt en lege i 50 prosent stilling. Sykehjemmet hadde videre aktivtører, fysioterapeuter, en ergoterapeut og en prest med kontortid to dager i uken.

Ifølge Sykehjemsetaten (2010) var gjennomsnittlig kostnad per vektet plass³ på Smestadhjemmet 622 000 kroner i 2010, gjennomsnittet for Oslo var 644 000 kroner, dette inkluderer ideelle og konkurranseutsatte sykehjem.

Sykehjemmet hadde på undersøkelses-tidspunktet ikke implementert *Kvalitetslosen* som er Sykehjemsetatens felles kvalitetssystem. Smestadhjemmet var i siste pulje blant de kommunale sykehjemmene i Oslo kommune som skulle implementere kvalitetssystemet.

1.5 Rapportens disposisjon

I kapittel 2 beskriver og vurderer vi aspekter ved sykehjemmets organisering og systemrettede arbeid med fokus på sykehjemmets somatiske langtidsavdelinger. Vi ser blant annet på internkontroll- og kvalitetssystemet, informasjonsvirksomhet, lokaler og bemanning. I kapittel 3 ser vi nærmere på tjenestetilbudet ved de somatiske avdelingene, blant annet forhold som personlig hygiene, aktivisering, måltider og legemiddelhåndtering. Våre konklusjoner og anbefalinger oppsummeres i kapittel 4. I kapittel 5 er det redegjort for de mottatte uttalelsene fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten og Kommunerevisjonens kommentarer til disse. Uttalelsene ligger i sin helhet som vedlegg 3 til rapporten.

³ Vektingen er ment kostnadmessig å likestille ulike typer plasser i sykehjem. En somatisk plass er vektet 1,0, mens en skjermer plass er vektet 1,18. (Rapport – kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner 2010, Sykehjemsetaten).

2. Systemrettet arbeid og organisatoriske forhold ved sykehjemmet

I dette kapitlet ser vi på hvordan det gjennom blant annet systemrettede aktiviteter er tilrettelagt for et kvalitativt godt tilbud ved Smestad-hjemmet. Vi fokuserer på vesentlige aspekter ved

- internkontroll, kvalitetssystem og forbedringsarbeid
- pasientdokumentasjon, journaler og planer
- informasjon og kommunikasjon
- lokaler og utstyr
- bemanning, kompetanse og samarbeid

2.1 Internkontroll, kvalitetssystem og forbedringsarbeid

2.1.1 Revisjonskriterier

- Sykehjemmet skal ha et internkontrollsystem og kvalitetssystem som sikrer systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til kvalitet i tjenestetilbudet.
- Dokumentasjonen av internkontrollen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kriteriene er i hovedsak hentet fra forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Forskriften angir at virksomheter som yter helse-tjenester skal ha et dokumentert og oppdatert internkontrollsystem.⁴ I tillegg oppstilles flere anbefalinger til hva et slikt system bør inneholde, herunder:

- et system for risikovurderinger,
- et system for avviks- og klagebehandling,
- et system for bruk av erfaringer og innspill fra ansatte, beboere og pårørende i forbedringsarbeidet, samt oppfølging av resultater fra undersøkelser, revisjoner mv.

⁴ I denne sammenhengen har vi ikke undersøkt alle krav til et internkontrollsystem. En samlet framstilling av krav/anbefalinger til et slikt system er presentert i Helsedirektoratets veileder *Hvordan holde orden i eget hus*. Opplæring/kunnskap hos arbeidstagere er et viktig element i et internkontrollsystem. Dette er behandlet i kapittel 2.5 i denne undersøkelsen.

2.1.2 Faktabeskrivelse

Dokumentert internkontroll- og kvalitetssystem?

På undersøkelsestidspunktet hadde Smestad-hjemmet ikke et dokumentert og oppdatert kvalitetssystem i form av felles dokument- eller rutinesamling for hele sykehjemmet. Sykehjemmet var i gang med å implementere Sykehjemsetatens elektroniske kvalitetssystem *Kvalitetslosen*. Etter planen skal sykehjemmet ha implementert vesentlige deler av kvalitetssystemet i løpet av 2011.

De undersøkte avdelingene kunne dokumentere flere elementer som inngikk i et internkontroll- og kvalitetssystem. Enkelte elementer var i utgangspunktet felles for sykehjemmet og noe hadde avdelingene utarbeidet selv. Sykehjemmet hadde bl.a. felles skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering, avviksbehandling, internkontroll-hygiene og internkontroll-brann. De ansatte på sykehjemmet hadde også tilgang på nettressursen PPS⁵ (praktiske prosedyrer for sykepleiertjenesten) via Geric. På de undersøkte avdelingene fant vi en del prosedyrer knyttet til kommunikasjon, ernæring, legevisitt, mottak av beboere og dokumentasjon/journalføring mv. Det varierte imidlertid hvor lenge det var siden prosedyrene var oppdatert/gjennomgått og innholdet i prosedyrene var i stor grad ulikt mellom de to avdelingene. Noen prosedyrer framsto som uendret siden 2003, andre var nylig utarbeidet/oppdatert. Vi så blant annet at sykehjemmet ikke hadde skriftlige rutiner for risikovurderinger av tjenestetilbudet og behandling av klager. Vi kommer nærmere inn på dette under.

Risikovurderinger

Sykehjemmet hadde ikke gjennomført felles risikovurderinger knyttet til pasienttilbudet. En

⁵ PPS inneholder veiledning innen flere felt, blant annet: ernæring, hud og vev, eliminasjon, infeksjonsforebygging, respirasjon, stell av døde og søvn.

avdelingsleder viste til at det ble foretatt risikovurderinger i forbindelse med utarbeidelse av tiltaksplan knyttet til feilernæring, fall mv. for enkeltbeboere. Det ble også sagt at sykehjemmets rutiner for HMS, brann, medisinhåndtering mv. var utslag av risikovurderinger.

Behandling av avvik og klager

Sykehjemmet hadde tilgjengelig rapport-skjemaer utarbeidet av Sykehjemsetaten sentralt for registrering av avvik. Gangen i avviksbehandlingen var også skissert i skjemaene. På den ene avdelingen var skjemaene ikke i bruk på undersøkelsestidspunktet, og avvik ble heller ikke systematisk registrert andre steder. I intervju fortalte ansatte i denne avdelingen at skjemaene ble benyttet tidligere.⁶ På den andre avdelingen oppga de ansatte at de benyttet avviksskjemaene, men at de samtidig var i gang med å gå over til et elektronisk avvikssystem. Avdelingen hadde en egen perm med avviksregistreringer og en liste som ga en samlet oversikt over avvikene. Totalt var det registrert 18 avvik for 2010. Disse var ifølge oversikten registrert enten som lukket på avdelingen eller oversendt institusjonssjefen. Institusjonssjefen sa at hun mottok for behandling rapporter om avvik som ikke ble lukket på avdelingene, og at en av avdelingene månedlig oversendte oversikten over alle registrerte avvik.

Sykehjemmet og de undersøkte avdelingene kunne ikke legge fram skriftlige rutiner for behandling av klager, og det ble heller ikke ført en særskilt oversikt over klager. De ansatte vi intervjuet sa at de ville bestrebe seg på å løse klagen der og da, eventuelt ville klagen bli tatt videre til relevant nivå. På den ene avdelingen ble det sagt at klager skulle registreres i pleiedokumentasjonen i Geric. Ifølge institusjonssjefen ble alle klager hun mottok registrert og besvart.

⁶ Avdelingen hadde imidlertid i bruk avviksprosedyrer knyttet til medisinhåndtering. Dette vil bli gjennomgått senere.

Bruk av erfaringer fra beboere og pårørende, samt oppfølging av undersøkelser

Sykehjemmet hadde fram til februar/mars 2011 hatt et såkalt beboerråd bestående av to beboerrepresentanter fra de somatiske langtidssavdelingene, samt en pårørende fra demensavdelingen og representanter for sykehjemmets ledelse. Det ble i 2010 gjennomført ett beboerrådsmøte der representantene ifølge referatet kom med flere innspill til forbedringer. I februar/mars 2011 ble beboerrådet erstattet av et driftsstyre som bestod av en beboer, en ansattrepresentant, en representant for de pårørende og institusjonssjef. På undersøkelsestidspunktet var driftsstyret ikke aktivt.

Sykehjemmet avholdt i 2010 to pårørendemøter per avdeling, ett før sommeren og ett i november. Det var utarbeidet korte referater fra møtet i november som viste at det blant annet var informert om aktiviteter, sykefravær og vaskerirutiner. Referat fra pårørendemøtet før sommeren 2010 ble ikke gjenfunnet.

Helse- og velferdsetaten har i de senere årene gjennomført årlige bruker- og pårørendeundersøkelser i sykehjem. Institusjonslederen fortalte at hun informerte om resultatene av bruker- og pårørendeundersøkelsene blant annet i ledermøter, og det ble forutsatt at avdelingene fulgte opp dårlige resultater. Det var laget en oppsummering etter brukerundersøkelsen i 2009 som viste hvilke områder avdelingene måtte forbedre.⁷ Ifølge referater fra avdelingsmøter og intervjuer med ansatte var svake resultater blitt tatt opp på avdelingene og enkelte tiltak var blitt gjennomført. Eksempler på tiltak var ifølge en avdelingsleder tilbud om norskkurs til ansatte og opprettelsen av primærkontakter og sekundærkontakter til alle beboere. Sykehjemmets eller avdelingenes oppfølging av resultater var ikke dokumentert i egne tiltaksplaner, statusrapporter eller liknende.

⁷ Pårørendeundersøkelsen og brukerundersøkelsen for 2010 ble publisert henholdsvis i april 2011 og februar 2011, samtidig med vår datainnsamling, vi har derfor ikke sett på sykehjemmets oppfølging av disse.

Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjon fra 2010 viste at sykehjemmet hadde avvik fra myndighetskrav knyttet til medisinhåndtering og ernæring. Ifølge institusjonslederen var kvalitetsrevisjonen fulgt opp ved at fagutviklings-sykepleieren skulle jobbe med ernæringsfokus framover. Fagutviklingssykepleieren sa at sykehjemmet blant annet hadde et mål om en egen ernæringsplan knyttet til beboernes tiltaksplan. Vi så også at sykehjemmets handlingsplan for 2011 inneholdt tiltak knyttet til opplæring og implementering av ernæringsrutiner på sykehjemmet. Avvikene ved medisinhåndteringen var knyttet til manglende dobbeltkontroll ved A-preparat og noe manglende dokumentasjon av effekt på eventuell-medisin. Vi har ikke informasjon om at sykehjemmet på undersøkelsestidspunktet hadde utarbeidet skriftlige planer om å iverksette tiltak knyttet til de påpekte avvikene ved medisinhåndteringen.

Bruk av erfaringer fra ansatte

Ifølge ansatte vi snakket med kunne ideer og innspill til drift av avdelingen og sykehjemmet tas opp i avdelingsmøtene som ble avholdt månedlig. En av de undersøkte avdelingene hadde opprettet en såkalt kvalitets- og planleggingskomite. Komiteen bestod av ansatte som hadde ansvar for aktiviteter for beboerne, aktiviteter for personalet, hjelpemidler på avdelingen mv. På undersøkelsestidspunktet møttes komiteen om lag en gang i måneden. Det ble ikke skrevet referat fra møtene.

Sykehjemmet gjennomførte årlige medarbeider-samtaler ifølge ansatte vi snakket med. Medarbeidersamtalen var basert på malen som ligger på Oslo kommunes personalportal og inneholdt spørsmål om de ansattes vurdering av behov for endringer på arbeidsplassen. I regi av Sykehjemsetaten ble det også gjennomført årlige medarbeiderundersøkelser. Ifølge institusjonslederen ble resultatene fulgt opp per avdeling. Referater fra avdelingsmøter viser at resultater i medarbeiderundersøkelsen var tatt opp i 2010.

2.1.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Vi fant elementer av et internkontroll- og kvalitetssystem på sykehjemmet og de undersøkte avdelingene, blant annet prosedyrer knyttet til legemiddelbehandling og hygiene. Imidlertid var det ikke noe felles system på sykehjemmet. Vi så også at flere prosedyrebeskrivelser ikke var blitt gjennomgått på mange år.

Vi så eksempler på at sykehjemmet mottok og behandlet informasjon om kvaliteten på sykehjemstjenestene fra ulike kilder, og vi så også eksempler på at resultater hadde blitt fulgt opp. Systematikken i sykehjemmets kvalitetsforbedringsarbeid framstod imidlertid som begrenset. Det var ikke skriftlige handlingsplaner som koblet status/resultat på et felt, med mål, tiltak og ansvar.

Sykehjemmet hadde heller ikke utarbeidet egne analyser av risiko i tjenestetilbudet. Slike analyser er et viktig hjelpemiddel i et systematisk arbeid for å nå målene for virksomheten, og for å redusere sannsynligheten for uønskede hendelser. Sykehjemmet hadde videre ikke et system som bidro til å sikre forbedring av prosedyrer og instruksjer.

Sykehjemmet hadde prosedyrer for avviksbehandling, men det var manglende registrering av avvik. Sykehjemmet hadde heller ikke noe eget system for analyser eller gjennomgang av klager og mishagsyttringer som del av et forbedringsarbeid.

2.2 Pasientdokumentasjon, journaler og planer

2.2.1 Revisjonskriterier

- Sykehjemmet skal ha et pasientjournalsystem og legge til rette for at journalen kan føres fortløpende.
- Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient. Journalen kan deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det

eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

- Pasientjournaler skal oppbevares slik at uvedkommende ikke får adgang til dem.
- Journalen bør inneholde nedtegnelser av observasjoner, vurderinger, beslutninger og utførte handlinger som gjøres i forbindelse med helsehjelpen.
- Beboere med permanent opphold skal gis tilbud om å få utarbeidet en kvalitetsplan. Kvalitetsplanen skal, om mulig, utarbeides i samarbeid med den enkelte og pårørende, og skal gjennomgås og justeres minst hver 6. måned.
- Pasientjournal skal inneholde planer for pleie og annen oppfølging av beboere.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra helsepersonelloven og journalforskriften. Kravet om kvalitetsplan er basert på bystyresak 204/99.

2.2.2 Faktabeskrivelse

Vi har undersøkt pasientdokumentasjonssystemet og hvordan pasientjournalene var blitt ført og oppbevart, samt sykehjemmets bruk av tiltaksplaner og kvalitetsplaner.⁸

Journalføring og pasientdokumentasjon

På undersøkelsestidspunktet var Smestadhjemmet i ferd med å implementere Gerica som pasientdokumentasjonssystem. Begge avdelingene hadde to til tre PCer som kunne benyttes til å dokumentere i Gerica. På den ene undersøkte avdelingen var dette systemet delvis i bruk, mens systemet ikke var tatt i bruk på den andre avdelingen. Det ble imidlertid drevet opplæring med tanke på implementering. I Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjon fra 2008 var det konstatert at sykehjemmet den gang også hadde en delt journalføring mellom Gerica og et papirbasert journalsystem.

⁸ Kravet om kvalitetsplan er hjemlet i bystyresak 204/99. Bystyresaken oppstiller en rekke krav til hva en kvalitetsplan skal inneholde. Sykehjemmet benytter også såkalte tiltaksplaner. Dette ble tidligere gjerne kalt pleieplaner. Tiltaksplaner skal gi en dekkende beskrivelse av beboers pleie- og omsorgsbehov.

Lege benyttet på undersøkelsestidspunktet ikke Gerica, men førte en egen papirjournal. Fysioterapeut benyttet Gerica i sitt arbeid.

Sykehjemmet hadde ikke i bruk en egen skriftlig rutine eller prosedyre for hvordan journal skulle føres, utover noe veiledningsmateriell for bruk av Gerica.

Avdelingen som hadde innført Gerica benyttet på undersøkelsestidspunktet såkalt "stille rapport". Ifølge avdelingsleder innebar det en kort muntlig rapport i forbindelse med vaktskiftet, i kombinasjon med at pleierne måtte dokumentere godt i Gerica og lese nøye gjennom dokumentasjonen. På den andre avdelingen ble det gitt en mer omfattende muntlig rapport ved vaktskiftene.

Pasientinformasjonen ble vanligvis oppbevart på avdelingenes vaktrom. På en avdeling så vi ved to anledninger at permer med pasientinformasjon lå framme på fellesstuen i avdelingen. På den andre avdelingen ble det ikke observert at pasientsensitiv informasjon lå tilgjengelig i fellesarealene.

Vi gjennomgikk pleiernes journaldokumentasjon for totalt 12 beboere for en periode på ca. tre måneder ved de undersøkte avdelingene.⁹ På begge avdelingen var pasientdokumentasjonen relativt enhetlig bygget opp. Beskrivelsene av beboerens helsetilstand og hvilken hjelp som var gitt var knappe i formen i et flertall av journalene. Eksempler var "sovet", "alt vel" og "har fått morgenstell av..." "har spist" etc. Vi fant få eksempler på mer utdypende beskrivelser av tilstander og iverksatte tiltak i journaldokumentasjonen. I journalen til seks beboere så vi eksempler på at det var lite sammenheng mellom pleiernes journaldokumentasjon, tiltaksplan og/eller legejournal. For eksempel kunne det i legejournalen framkomme at beboeren hadde falt og hadde smerter, mens dette ikke var nevnt i pleiernes dokumentasjon. Et annet eksempel

⁹ På den ene avdelingen ble det dokumentert på papir i såkalt kardex. Den andre avdelingen dokumenterte i Gerica. Pasientdokumentasjonen ble sett opp mot annen pasientdokumentasjon som legejournal og tiltaksplaner.

var at tiltaksplanen beskrev vektreduksjon som et mål. I pleiernes journaldokumentasjon var det ikke nedtegnet observasjoner eller vurderinger av beboers daglige matinntak.

Ifølge legen var det varierende kvalitet på pasientdokumentasjonen. Hun viste til at en beboer for eksempel kunne halte og ha blåmerker uten at bakgrunnen for dette var dokumentert i journalen.

Vi så også eksempler på dårlig/uforståelig språk i en journal. Sykehjemmets lege opplevde at det noen ganger var vanskelig å forstå nedtegnelser på grunn av dårlig språk.

Effekter av legemidler var ikke direkte beskrevet i pleiernes journaldokumentasjon. Imidlertid inneholdt legejournalen og medisinkardex en del informasjon om effekter. Vi så samtidig at pasienter som var satt opp med *eventuellmedisin* i noen tilfeller ikke hadde fått evaluert effekten av medisinen i medisinkardex. Tilsvarende mangler var også påpekt i Helse- og velferds-etatens kvalitetsrevisjon av 20.10.2010.¹⁰

Løpende journalføring

De ansatte vi intervjuet fortalte at de førte pasientrapport ved hver vakt, gjerne mot slutten av vekten. Gjennomgangen av de 12 journalene viste at alle var ført daglig. Ofte to til tre ganger per døgn, dvs. at det stort sett var ført i forbindelse med hver vakt.

De ansatte ved den avdelingen som hadde mest erfaring med Geric, påpekte at systemet stadig var nede. Da Kommunerevisjonen fikk en demonstrasjon av systemet tok det flere minutter å få opp enkelte skjermbilder. Dersom Geric var nede måtte det dokumenteres på papir, for senere registrering i Geric. Videre ble det sagt at det skjedde at man glemte å etterregistrere i Geric i slike tilfeller.

Avdelingene var relativt store, med rundt ni ansatte på dagvakt. Til tider kunne det være stor pågang ved de to datamaskinene på vaktrommet. Dette gjaldt særlig for avdelingen som benyttet Geric til pasientdokumentasjon. Ifølge sykehjemmets ledelse ville det høsten 2011 komme en ny datamaskin per avdeling.

Kvalitetsplaner og tiltaksplaner

Kvalitetsplaner skal i henhold til bystyresak 204/99 som et minimum inneholde opplysninger om fysisk omsorg, hygiene, boforhold, forhold knyttet til livssyn, daglige rutiner/aktiviteter og samarbeid med pårørende. Bruken av kvalitetsplaner varierte mellom avdelingene. På den ene avdelingen ble det opplyst av avdelingsleder at ca. halvparten av beboerne hadde kvalitetsplaner, og at det på undersøkelsestidspunktet ble arbeidet for at alle beboere som ønsket skulle få dette. Hun viste til at dette tok tid da de pårørende måtte involveres. I pasientdokumentasjonen for seks beboere som ble gjennomgått på denne avdelingen fant vi én kvalitetsplan. Planen var signert av pårørende og utarbeidet et par måneder før Kommunerevisjonens undersøkelse.

På den andre avdelingen ble det sagt at alle hadde fått tilbud om kvalitetsplan. Vi fant kvalitetsplan for fem av de seks beboerne som vi undersøkte dette for. Ifølge avdelingsleder ble kvalitetsplanen alltid gjennomgått med pårørende og med beboer om vedkommende var klar og orientert. På avdelingen var det en prosedyre/sjekkliste ved innflytting som tilsa at kvalitetsplan skulle fylles ut av beboer og pårørende innen en uke. Ifølge avdelingsleder ble ikke kvalitetsplanen revidert. Han viste til at kvalitetsplanen i hovedsak var en kartlegging av beboerens ønsker og preferanser. Han viste videre til at avdelingen benyttet tiltaksplaner som skulle revideres ved endrede helsemessige og pleierelaterte behov.

Tiltaksplanene var mer omfattende enn kvalitetsplanene. Vi mottok en mal for tiltaksplan som begge avdelinger benyttet. Tiltaksplanen omhandlet blant annet følgende temaer:

¹⁰ I rapporten står følgende: "Noe manglende dokumentasjon av effekt gitt av eventuelt medisin".

personlig hygiene, sirkulasjon, ernæring, eliminasjon, fysisk funksjon, søvn og hvile, smerter, psykisk/mental funksjon, sosial situasjon, kommunikasjonsevne, livssyn og verdier. Vi fikk opplyst at tiltaksplanen ble utformet på de områdene der det var et behov, og ikke nødvendigvis på alle områder.

På spørsmål om bruk av tiltaksplaner, svarte ansatte at alle hadde tiltaksplaner. På den ene avdelingen lå tiltaksplaner i Gerica, mens den andre avdelingen var i ferd med å skrive inn tiltaksplanene i Gerica. En gjennomgang av pasientdokumentasjon for åtte personer viste at disse hadde tiltaksplaner. Noen av tiltaksplanene var relativt omfattende og hadde blitt oppdatert på flere områder relativt nylig. Andre tiltaksplaner omtalte kun få forhold, og var i liten grad oppdatert. Ett eksempel var at en tiltaksplan ikke så ut til å være oppdatert siden april 2009. I tre tilfeller så vi eksempler på at tema som stell, kosthold/ernæring og psykisk/mental funksjon ikke var fylt ut, selv om annen pasientdokumentasjon kunne tyde på behov for tiltak på områdene.

2.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Sykehjemmet hadde ikke en ensartet praksis for journalføring og pasientdokumentasjon. Sykehjemmet hadde i flere år vært i en overgang fra papirdokumentasjon til dokumentasjon i Gerica. Avdelinger og faggrupper hadde i varierende grad tatt i bruk Gerica. Pasientdokumentasjon ble ført dels elektronisk og dels på papir, og ulike dokumenter som kardex, legejournal, medisinkardex mv. ble benyttet. Det fantes ikke noen samlet oversikt eller kryssreferanser i de papirbaserte journalsystemene som viste hvor ulike opplysninger var registrert. Situasjonen førte til at ansatte som arbeidet ved flere avdelinger måtte forholde seg til ulike systemer for pasientdokumentasjon. Både manglende kryshenvisninger mellom ulike journaler for en og samme beboer, og ulike pasientjournalsystemer ved sykehjemmet skaper risiko for at viktig informasjon om pasientene ikke fanges opp av de ansatte.

De journalene vi undersøkte var ført løpende, dvs. at det var gjort nedtegnelser stort sett i forbindelse med hver vakt, og i alle fall daglig. Samtidig så vi at Gerica til tider fungerte tregt, og i noen tilfeller var systemet ikke tilgjengelig. Avdelingene hadde få datamaskiner som pleierne kunne benytte. Dette medførte en risiko for at journal ikke ble ført løpende. Situasjonen stjal også tid fra primæroppgaver som pleie og stell.¹¹

Gjennomgangen av pleiernes journalføring viste at dokumentasjonen i mange tilfeller var svært knapp. Journalene framstod i flere tilfeller som ufullstendige sett i lys av legejournal og/eller tiltaksplan.

Pasientdokumentasjon ble i hovedsak oppbevart slik at uvedkommende ikke hadde tilgang til disse. Det er likevel uheldig at pasientopplysninger ved et par tilfeller lå tilgjengelig på fellesrom.

Vi så at enkelte beboere ikke hadde fått tilbud om kvalitetsplaner. Dette er ikke i tråd med bystyrets vedtak. Kvalitetsplanene som forelå så ut til å ha blitt utarbeidet i samarbeid med de pårørende, men planene var ikke blitt gjennomgått eller revidert hver sjette måned. Tiltaksplanene som sykehjemmet benyttet inneholdt stort sett samme informasjon som kvalitetsplanene, og hadde i tillegg informasjon om en rekke andre forhold. Med noen justeringer i utforming av tiltaksplanen, og beboers medvirkning til utforming av planen, ville den oppfylt kravene til kvalitetsplan. Sykehjemmet kunne dermed slippe å operere med to planer per beboer.

Alle beboerne hadde tiltaksplan. Imidlertid så noen av tiltaksplanene ut til å være mangelfulle

¹¹ Kommunerevisjonen har også tidligere pekt på problemer med nedetid i Gerica jf. Kommunerevisjonens rapport 20/2010 *Ti år med Gerica*. En av våre oppsummerende vurderinger var der at det "eksisterte betydelige problemer med tilgang til nettet og lange responstider". Knyttet til tilgjengelighet til maskiner ble følgende påpekt "Det var utfordringer knyttet til infrastrukturens kapasitet, både når det gjaldt tilgjengeligheten til periferiutstyr på tjenestestedene og overføringskapasitet."

med hensyn til å beskrive tilstander og tiltak. Det var også klart at enkelte tiltaksplaner burde vært oppdatert/revidert hyppigere.

2.3 Informasjon og kommunikasjon

2.3.1 Revisjonskriterier

- Den enkelte skal gis skriftlig informasjon om institusjonens daglige rutiner og aktivitets-tilbud, Oslo kommunes kvalitetskrav til tjenesten og hvilke klageinstanser som finnes.
- Sykehjemmet bør tilrettelegge for god dialog og samarbeid med beboere og pårørende.
- Alle beboere skal ha en egen kontaktperson, som også er kontaktperson for ev. pårørende. Informasjon om dette skal foreligge skriftlig.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra bystyresak 204/99.

2.3.2 Faktabeskrivelse

Vi har undersøkt omfanget av skriftlig informasjon til beboerne og pårørende i forbindelse med innleggelse og skriftlig og muntlig informasjon under oppholdet på sykehjemmet. Vi har også sett på samarbeidet med beboere og pårørende.

Informasjon og kommunikasjon med beboere og pårørende ved innflytting

Sykehjemmet hadde ikke utarbeidet en egen velkomstbrosjyre til beboere og pårørende. Institusjonslederen oppga at sykehjemmet var i ferd med å utarbeide en slik brosjyre. Den ene avdelingen hadde utarbeidet en egen informasjonsbrosjyre. Brosjyren hadde bl.a. informasjon om nyttige telefonnumre, avdelingens døgnrytme og kortfattet informasjon om tjenester på sykehjemmet.

Ved innflytting skulle sykehjemmet innkalle til en innsamlingssamtale med pårørende og i noen tilfeller beboer. Ifølge ansatte deltok vanligvis lege og avdelingssykepleier. Innsamlingssamtalen skulle gjennomføres innen 14 dager, men både pårørende og pleiere som vi snakket med, sa at det kunne ta lenger tid.

Den ene undersøkte avdelingen hadde utarbeidet en sjekkliste med punkter som skulle gjennomgås i forbindelse med innflytting. Hvert punkt på listen skulle dateres og signeres av pleier. Begge avdelinger hadde liggende en rutine for mottak av beboere som beskrev sykepleiers og pleiers ansvar. Blant annet skulle pleier sørge for skriftlig informasjon om nyttige telefonnumre på avdelingen og navnet på primærkontakt.

Informasjon og kommunikasjon under oppholdet på sykehjemmet

Sykehjemmet skulle gjennomføre to årlige pårørendemøter. Som vi så i kapittel 2.2 var dette gjennomført i 2010. I 2010 gjennomførte sykehjemmet ett beboerrådsmøte. Denne ordningen ble i 2011 imidlertid erstattet av et driftsstyre, som også skulle ha beboerrepresentanter. Det hadde ikke blitt gjennomført noe driftsstyremøte per mai 2011. Dette ifølge sykehjemmets ledelse pga. at ekstern representant ikke var oppnevnt.

Det var oppslagstavler ved heisene/vaktrommet med informasjon om ulike aktiviteter, andakter, kontaktinformasjon til tilsynsutvalget mv. Det var også oppslag om ukens middagstilbud. Informasjonen var oppdatert ved at oppslagene gjaldt ukens middager og forestående arrangementer.

De pårørende vi snakket med hadde litt varierende oppfatninger om den løpende informasjonen fra sykehjemmet. Enkelte mente informasjonen stort sett var tilfredsstillende, mens andre hadde eksempler på at beskjeder ikke nådde fram og at det måtte pures på svar fra sykehjemmet. En pårørende viste til at vedkommende hadde klaget på manglende informasjon i 2010, og at avdelingen da hadde tatt tak i dette.

I pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført av Helse- og velferdsetaten høsten 2010 ble det stilt flere spørsmål innenfor temaet *informasjon og kommunikasjon*. Tabell 1 sammenfatter resultatene for Smestadhjemmet og totalresultatene for alle sykehjemmene.

Tabell 1 Pårørendeundersøkelse 2010 - Informasjon og kommunikasjon

Spørsmål – I hvor stor grad ...	Smestadhjemmet (N=59)		Total for Oslo (N=2035)	
	stor/svært stor	liten/svært liten	stor/svært stor	liten/svært liten
..er du fornøyd med måten du blir mottatt på når du kommer på besøk på sykehjemmet?	85 %	15 %	91 %	8 %
..er du fornøyd med dialogen mellom deg og avdelingen din nærstående er beboer ved?	85 %	16 %	82 %	17 %
..opplever du å bli kontaktet når endringer skjer med din nærstående?	61 %	32 %	69 %	22 %
..har du mulighet til å snakke med lege/avdelingssykepleier når du ber om det?	61 %	32 %	65 %	17 %
..opplever du at de ansatte lytter til deg hvis du har noe å klage på?	78 %	10 %	67 %	12 %
[Når du har klaget]... opplever du at det dere har blitt enige om følges opp?	59 %	25 %	53 %	17 %

Note: Tabellen bygger på resultater fra Helse- og velferdsetatens pårørendeundersøkelse for 2010. Svarprosenten for Smestadhjemmet var ifølge undersøkelsen på 59,6 prosent. For byen som helhet var det en svarprosent på 51,9 prosent.

Tabell 1 viser at Smestadhjemmet ikke skilte seg nevneverdig fra snittresultatet for Oslo kommune når det gjelder informasjon og kommunikasjon mellom sykehjemmet og pårørende. En forholdsvis stor andel pårørende ved Smestadhjemmet uttrykte misnøye knyttet til om de ble kontaktet ved endringer hos deres nærstående, muligheten til å snakke med lege/avdelingssykepleier og oppfølging av klager. På disse spørsmålene kom Smestadhjemmet også dårligere ut enn gjennomsnittet av Oslos sykehjem.

Hadde alle beboere primærkontakt?

Ifølge avdelingslederne hadde alle beboerne en primærkontakt. På begge avdelingene var det satt opp oversikt over beboernes primærkontakter, blant annet var det oppslag ved inngangspartiet til hver fløy på den ene avdelingen. Vi så også at informasjon om primærkontakt hang fremme på mange beboerrom. Det var også lister med oversikt over primærkontakter i arbeidspapirene på avdelingen.

Flere av de pårørende vi snakket med var usikre på hvorvidt vedkommende beboer / deres nærstående hadde en primærkontakt. Imidlertid var de fleste av den oppfatning at de hadde en ansatt som i større grad fulgte opp beboeren.

2.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Det var positivt at det ble gjennomført innkomstsamtaler og at det var informert om måltider og aktiviteter mv. på oppslagstavler.

Sykehjemmet hadde imidlertid ikke et standardisert opplegg som sikret skriftlig informasjon til brukerne og ev. deres pårørende om blant annet kommunens kvalitetskrav, daglige rutiner, aktivitetstilbud, klageinstanser og primærkontakter. En brosjyre for sykehjemmet kunne inneholdt mye slik informasjon.

Gjennom pårørendemøter og beboerrådsmøter hadde sykehjemmet tilrettelagt for dialog med pårørende og beboere. Beboerrådet hadde kun ett møte i 2010 og ble lagt ned i forbindelse med overgang til driftsstyre. Det er vanskelig å si om driftsstyret kan fylle beboerrådets rolle knyttet til kommunikasjon og dialog mellom representanter for beboerne og sykehjemmet.

Resultatet i pårørendeundersøkelsen tyder på at sykehjemmet ikke skiller seg vesentlig fra gjennomsnittet i Oslo kommune når det gjelder informasjon og kommunikasjon med de pårørende. Samtidig indikerer enkelte av resultatene at sykehjemmet ikke alltid arbeidet godt nok på feltet.

Alle beboere ved de to avdelingene hadde fått tildelt en primærkontakt, og det forelå skriftlig informasjon om beboernes primærkontakt.

2.4 Lokaler og utstyr

2.4.1 Revisjonskriterier

- Lokalene skal ha en størrelse og utforming som er hensiktsmessig i forhold til beboernes funksjonshemninger og behov for behandling, pleie og assistanse.
- Beboerrommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen.
- Beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold.
- Den enkelte bør ha mulighet for ro og skjermet privatliv, herunder å kunne motta besøk.
- Sykehjemmet skal ha et alarm- og tilkallingssystem som sikrer den enkelte beboer trygghet og forutsigbarhet.
- Sykehjemmet skal ha tilstrekkelige hjelpemidler og utstyr for å ivareta beboernes behov.
- Sykehjemmet må sørge for nødvendig vedlikehold og reparasjon av utstyr og hjelpemidler.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra forskrift om sykehjem mv. Det er også benyttet enkelte andre kilder, blant annet kvalitetsforskriften og bystyresak 204/99.

2.4.2 Faktabeskrivelse

Vi undersøkte om langtidsbeboerne ble tilbudt enkeltrom, rommenes størrelse og utforming, og lokalenes hensiktsmessighet for øvrig. Vi undersøkte også alarm- og tilkallingssystemet og avdelingenes utstyr.

Lokalenes hensiktsmessighet

Det var relativt store avdelinger vi har vurdert,

med 33 beboere på hver. Hver avdeling hadde én fellesstue og én veranda. Beboerområdene på hver avdeling var delt i tre fløyer der det bodde 10-12 beboere. Hver fløy hadde et eget kjøkken/spiserom og en liten tv-stue. Avdelingene hadde i tillegg lintøyrom, skyllerom, skittentøysrom, felles bad, medisinerom, vaktrom mv.

Hver avdeling hadde altså tre kombinerte kjøkken/spisestuer. Noen av disse var relativt små, og enkelte ansatte ga uttrykk for at plassmangel kunne vanskeliggjøre skillet mellom ren og uren sone.

Ved flere tilfeller observerte vi at det sto pasientheiser og tøytraller i korridorene, også utenom perioder med stell og rydding av rom. De ansatte sa at det var lite plass til disse på egne rom. Vi så også at slikt utstyr i tilfeller var plassert relativt nær avdelingenes nødutgang, og kunne slik sett være til hinder ved en evakuering.

Hver avdeling hadde en relativt stor veranda. Vår undersøkelse ble gjennomført da det var vinter, verandaen ble derfor brukt lite. Verandaene hadde forøvrig ikke-gjennomsiktig pleksiglass mellom gulv og rekkverk. Det kunne dermed være vanskelig å få god utsikt over parken nedenfor om man satt i en stol eller i en rullestol.

Det var mulighet for skjermede sittegrupper om beboerne fikk besøk, skulle ha selskap mv. Både avdelingens fellesstue og dagsenteret (på ettermiddag/kveld) kunne benyttes til dette.

Sykehjemmet ligger i et villaområde i tilknytning til en park. Ved inngangspartiet var det en bemannet resepsjon (på hverdager). Det var også rom for frisør og fotpleie.

Deler av bygningsmassen bar preg av slitasje. I fellesrom så vi flere eksempler på ledninger som hang løst, ødelagt tapet, lister som manglet mv.

Beboerrommenes størrelse og utforming

De aller fleste beboerne på Smestadhjemmet

hadde eget rom. På tre av avdelingene var det imidlertid ett såkalt dublett-rom. Dette var to rom som var adskilt med en lettvegg. Ifølge ledelsen var intensjonen at dublettrommene skulle brukes av ektepar/samboere. På undersøkelsestidspunktet bodde det et ektepar på ett av rommene. Beboerrommene kan ikke betegnes som store, men de var av en slik størrelse at en rullestolbruker kunne komme seg greit rundt i rommet selv om rommet hadde enkelte private møbler. Beboerrommene var ifølge sykehjemmet på ca. 15 m² mens dublettrommene var på ca. 23 m².

Enkeltrommene hadde eget toalett med dusj, mens dublettrommet delte dette. Toalettet hadde skyvedør som hindret ev. innsyn. Enkelte ansatte påpekte at det kunne bli dårlig plass på toalettet ved bruk både av pasientheis og rullestol for å forflytte beboere.

Noen av toalettene på beboerrommene hadde en feilkonstruksjon i "fallet" ned til sluk, med den konsekvens at det kunne renne vann fra toalettet til beboerrommet ved dusjing.

Mange av beboerrommene var innredet med private møbler og pyntegjenstander. Beboerne vi snakket med fortalte at de kunne ha private gjenstander og møbler på rommet.

Alarm- og tilkallingssystemet

Alarm- og tilkallingssystemet var basert på ringe-/ alarmsnorer på beboerrommene og i tilhørende toaletter. Det var skjermer i gangene og på vaktrommet som viste hvor det ringte eller hvor alarmen gikk. I intervjuer og samtaler med pleiere fikk vi tilbakemelding om at alarm- og tilkallingssystemet fungerte greit, det gjorde systemet også i de tilfellene vi observerte.

I noen av fellesområdene var det ikke tilgang til alarmsnor, blant annet var det ikke slik på verandaen og på avdelingens fellesstue. Avdelingenes tre fløystuer (TV-rom) hadde ringesnor, imidlertid var ikke ringesnoren forlenget i flere

av rommene slik at beboere som hadde dårlig bevegelighet ved behov måtte rope for å få hjelp.

Annet utstyr

Sykehjemmet hadde serviceavtaler for årlig vedlikehold av pasientløftere, elektriske senger, madrasser osv. Ifølge tilstandsrapporter fra serviceleverandør var service på utstyret blitt utført i desember 2010.

Pleiere fortalte at sykehjemmet - med sine 112 beboere - kun hadde én sittevekt. Dette kunne være en utfordring ved veiing av rullestolbrukere. Ansatte på en av avdelingene oppga at de hadde for få pasientløftere. Det ble sagt at avdelingen hadde én pasientløfter fordelt på fem beboere, og at dette kunne skape utfordringer i stellesituasjoner.

Flere ansatte vi snakket med pekte på at utstyr forsvant eller manglet fra avdelingene. Dette kunne dreie seg om utstyr til sårstell, utstyr utlånt fra NAV mv. Sykehjemmet hadde ikke en egen inventarliste eller tilsvarende som kunne gi en samlet oversikt over utstyr på de ulike avdelingene.

2.4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Sykehjemmet hadde brukbare uteområder og relativt store verandaer som ga mulighet for å være ute. De aller fleste beboerne hadde eget rom med toalett og dusj. Sykehjemmets tre dublettrom ga mulighet for at ektefeller kunne bo sammen. Samtidig var det også her mulighet for skjermet privatliv.

Beboerrommene var store nok til å medbringe private møbler, noe flere hadde gjort. På sykehjemmets fellesområder var det anledning for beboere til å ta imot besøkende og også å avholde selskaper.

Deler av sykehjemmet bar preg av generell slitasje, og flere fellesrom var slik sett ikke så hyggelige å oppholde seg i. At det i flere tilfeller

sto pasientheiser og tøytraller i korridorene og i nærheten av nødutganger kan gjøre at tid går til spille i en eventuell evakueringssituasjon.

Sykehjemmets alarm- og tilkallingssystem så ut til å fungere hensiktsmessig, men det hadde vært en fordel om alle fellesrom hadde ringesnor.

Sykehjemmet hadde serviceavtaler som tilrettela for at vesentlig utstyr ble tilfredsstillende vedlikeholdt/repært. Utover dette har vi ikke klare indikasjoner på manglende vedlikehold/repasjjon av sykehjemmets utstyr, men vi konstaterer at enkelte ansatte opplevde at det kunne være for dårlig tilgang til sittevekter og pasientløftere.

2.5 Bemanning, kompetanse og samarbeid

2.5.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterium er lagt til grunn:

- Sykehjemmet skal ha tilstrekkelig antall ansatte, og personell med nødvendig kompetanse for å sikre at beboerne til rett tid får faglig forsvarlig behandling, pleie, omsorg og bistand.

Kriteriet er utledet fra flere kilder, blant annet helsepersonelloven, forskrift om sykehjem, internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten og bystyresak 204/99.

2.5.2 Faktabeskrivelse

Vi undersøkte bemanningssammensetningen ved sykehjemmet med hensyn til antall ansatte og deres kompetanse. Videre så vi på sykehjemmets arbeid knyttet til kompetanseutvikling og opplæring. Vi har også undersøkt de ansattes norskferdigheter og samarbeid mellom faggrupper og avdelinger ved sykehjemmet. Slikt samarbeid er i mange tilfeller nødvendig for å gi faglig forsvarlig behandling, pleie, omsorg og bistand.

Tilfredsstillende bemanning?

Sykehjemmet hadde 112 beboere og hadde på undersøkelsestidspunktet ansatte i 118,5 stillinger ifølge en oversikt utarbeidet av institusjonsledelsen. Sykehjemmet hadde totalt sett 19,4 sykepleierstillinger, 3,15 sykepleierstillinger var ikke dekket av faste ansatte. Sykehjemmet hadde fram til mai 2011 en lege som fungerte i 90 prosent stilling.¹² Sykehjemmet hadde videre 59,18 hjelpepleierstillinger. 5,9 stillinger var ikke dekket av faste ansatte. På sykehjemmet, med unntak av dagsenteret, var 7,14 stillinger dekket av fast ansatte assistenter. Flere av disse utdannet seg ifølge sykehjemmets ledelse til helsefagarbeidere.

På de undersøkte avdelingene var pleiefaktoren på ca. 0,71 noe som er innenfor Sykehjemsetatens veiledende standard for slike avdelinger.¹³ Avdelingene hadde 24,5 stillingshemler hver (medregnet avdelingsleder). Faglærte fast ansatte dekket ved begge avdelinger ca. 17 stillingshemler. Dvs. at ca. 7,5 stillingshemler ved avdelingene ble dekket opp av timebetalte, ufaglærte som var fast ansatt og vikarer.

De undersøkte avdelingene hadde som tidligere nevnt 33 beboere og en avdelingsleder. I Sykehjemsetatens veiledende standard for lederstruktur og kontrollspenn er det lagt opp til avdelinger med "20 – 24 senger".¹⁴ Arbeidstilsynet konkluderte i brev av 18.04.2011 etter tilsyn ved Smestadhjemmet med blant annet følgende: "Vi oppfatter at avdelingene er store med mange ansatte. Videre fikk vi inntrykk av ubalanse mellom avdelingsledernes ressurs og arbeidsoppgavene". En avdelingsleder ga klart uttrykk for at arbeidsoppgavene var mange, og særlig at oppfølging av sykemeldte tok mye tid.

¹² I mai 2011 ble det ansatt en lege i halv stilling.

¹³ De veiledende standardene framkommer i Sykehjemsetatens MBU-sak 47/2008. Pleiefaktor beregnes ved å ta en avdelings stillingshemler (minus avdelingsleder) og dele på antall beboere. Det finnes ikke nasjonale retningslinjer for pleiefaktor på dette feltet.

¹⁴ Jf. eks. Sykehjemsetatens MBU-sak 47/2008.

Ifølge ansatte vi snakket med, ble vanlig korttidsfravær på dagtid ikke dekket om én person var syk. Ellers ble alt annet fravær dekket.

Sykdom hos faglærte som sykepleiere og hjelpepleiere ble ikke alltid erstattet med vikarer med tilsvarende kompetanse. Det ble imidlertid

sørget for at avdelingene alltid hadde en autorisert medisinsutdeler på vakt.

Tabell 2 viser hvilken bemanning de undersøkte avdelingene var planlagt med på henholdsvis hverdager og i helg.

Tabell 2 Planlagt bemanning ved undersøkte avdelinger

	Hverdag	Helg
Dag	8-9 ansatte	6-7 ansatte
Aften	5-6 ansatte	5-6 ansatte
Natt	1 ansatt + ½ sykepl.*	1 ansatt + ½ sykepl.*

Note: Tabellen bygger på informasjon fra undersøkte avdelinger. *Sykepleier på natt hadde ansvar for to avdelinger og er derfor satt opp med en halv stilling.

Tabell 2 viser at det var lagt opp til flest på jobb på dagvakt hverdager. På kveldsvakt og helgevakter var det planlagt med noe færre ansatte på jobb. På undersøkelsestidspunktet hadde en av avdelingene stort sett en ekstra person på vakt pga. en beboer med en krevende diagnose. I helgene besto bemanningen ved begge avdelinger i stor grad av timebetalte pleieassistenter og vikarer fra byråer.

Det var ikke mulig, basert på registrerte turnuser, å beregne nøyaktig antall ansatte som faktisk var på vakt i en gitt periode. I turnuslistene var det omfattende bruk av ulike fargekoder for sykefravær og annet fravær, samt en rekke overstrykninger. Men turnusene og tilbakemeldinger fra ansatte tydet på at antallet pleiere som faktisk var på vakt noenlunde tilsvarte planlagt bemanning. Vår gjennomgang av turnusene for de første ukene i 2011 viste at i mange tilfeller var ca. halvparten av de ansatte som opprinnelige var satt opp på turnuslisten, erstattet med andre. Sykefravær var hovedgrunnen til at andre måtte ta vakten. De ansatte ble i disse tilfellene i stor grad erstattet med ufaglærte timebetalte eller vikarpersonell, dette så særlig ut til å gjelde helger.

Sykefraværet ved Smestadhjemmet var til tider høyt. I 2010 hadde sykehjemmet et samlet

sykefravær på 13 prosent. I 2011 fram til og med april var samlet sykefravær på 16,6 prosent. Den ene avdelingen hadde et sykefravær på 17,9 prosent i 2010, og 14,7 prosent i første tertial av 2011. Den andre avdelingen hadde et fravær på 11,6 prosent i 2010 og 30,4 prosent i første tertial av 2011. Til sammenlikning hadde Sykehjemsetaten samlet sett et sykefravær på 10,5 prosent i 2010.¹⁵

De fleste ansatte vi snakket med ga uttrykk for at bemanningen ikke var tilstrekkelig. De mente at det var for få personer på vakt, og la særlig vekt på at det var for få fagutdannede i helgene. En pleier viste til at dette kunne medføre at beboere ble liggende lenge i helgene.

På spørsmål i medarbeiderundersøkelsen for 2010 om "[du] har nok tid til å gjøre jobben din" var gjennomsnittet for de to undersøkte avdelingene på henholdsvis 3,1 og 3,3. Verdiskalaen som ble benyttet i undersøkelsen gikk fra 1 til 6, der 1 betød svært lite/dårlig og 6 betød svært mye/bra. Snittresultatet på spørsmålet for landet, lå på 3,8, og for Oslo kommune 3,9.¹⁶

¹⁵ Sykehjemsetatens årsberetning for 2010.

¹⁶ Tallene representerer ifølge informasjon på Oslo kommunes personalportal resultater fra 27 virksomheter og svar fra 10 963 medarbeidere. Verdiskalaen som ble benyttet i undersøkelsen gikk fra 1 til 6, der 1 betød svært lite/dårlig og 6 betød svært mye/bra.

Kompetansetiltak og opplæring

Sykehjemmet hadde en fagutviklingssykepleier som sammen med institusjonssjefen hadde ansvaret for de ansattes undervisning og kompetanseutvikling. Det var utarbeidet halvårlige planer for internundervisningen ved sykehjemmet. Planene for 2010 og våren 2011 viste at det stort sett var planlagt internundervisning månedlig. Eksempler på temaer i undervisningen var norske høytider og tradisjoner, omsorg ved livets slutt, sårbehandling, bruk av tvang og pasientrettighetsloven mv. Ifølge fagutviklingssykepleieren hadde enkelte kurs ikke blitt gjennomført. Opptellingen av deltagersignaturene etter det enkelte kurs viste at det var variasjon i deltagelsen; fra åtte til rundt 25 deltagere. Den ene avdelingen gjennomførte i tillegg egne fagdager med ulike tema ca. en gang i måneden.

Samlet kompetanse på sykehjemmet eller behovet for kompetanse på sykehjemmet, for eksempel knyttet til myndighetskrav, var ikke dokumentert. Imidlertid var spørsmål om kompetansetiltak inkludert i medarbeidersamtalen som skulle gjennomføres årlig med alle ansatte.

Sykehjemmet hadde et fastlagt opplæringsprogram som ble gjennomført for ufaglærte nyansatte. Kursdokumentasjonen fra dagskurset som ble gjennomført før sommeren 2010 viste temaer som etikk, hygiene, ernæring, forflytting av pasient mv.

Begge avdelinger hadde lagt opp til at nytilsatte gikk tre opplæringsvakter. Det var utarbeidet en sjekkliste for hva som skulle gjennomgås. Sjekklisten skulle signeres av den nytilsatte, personen med ansvar for opplæringen og avdelingsleder. Vi så eksempler på at listen var i bruk, men undersøkte ikke dette systematisk.

Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjon fra 2010 bemerket at sykehjemmet hadde avvik knyttet til "systematisk oppfølging av kompetanse innenfor området ernæring". Sykehjemmet har i etterkant planlagt blant annet kompetanse-

hevingstiltak som beskrives i handlingsplanen til Smestadhjemmet for 2011.¹⁷

Det ble gjennomført medisinkurs for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere slik at de fikk dispensasjon til å dele ut medisiner. Mer om dette i kapittel 3.5. Sykehjemmet gjennomførte også to ganger årlig brannvernkurs for sine ansatte.

I medarbeiderundersøkelsen for 2010 ble det stilt spørsmål om arbeidsgiver legger til rette for "kompetanseutvikling som er viktig for jobben din". Det ble benyttet en verdiskala som gikk fra 1 til 6, der 1 betød svært lite/dårlig og 6 betød svært mye/bra. På de to avdelingene var resultatet henholdsvis 3,2 og 4,1. Resultatet på landsbasis viste et snitt på 4,1, mens resultatet for Oslo kommune var 4,2.

Ifølge institusjonslederen hadde sykehjemmet 13-14 ansatte under utdanning. Dette dreide seg om pleieassistenter som tok omsorgsarbeiderutdanning, hjelpepleiere som tok sykepleierutdanning og en sykepleier som tok spesialutdanning i geriatri.

Smestadhjemmet hadde ikke innført Gerica som et felles system på sykehjemmet. På den ene undersøkte avdelingen var Gerica i ferd med å implementeres. Der hadde avdelingslederen selv stått for mye av opplæringen av sine ansatte. På den andre avdelingen hadde ikke alle pleieansatte fått opplæring i systemet på undersøkelsestidspunktet, og ifølge fagutviklingssykepleieren hadde opplæringen av Gerica mer eller mindre stoppet opp. Sykehjemmet hadde ikke utarbeidet et felles opplæringssystem for Gerica, men hadde ifølge fagutviklingssykepleieren enkelte fragmenter/deler som kunne benyttes i opplæringssammenheng. I kvalitetsrevisjonen som ble gjennomført av på vegne av Helse- og velferdsetaten i 2008 var det kommentert at ansatte ga uttrykk for at det var et stort behov for å bli dyktigere på Gerica.

Ansattes norskferdigheter

¹⁷ På undersøkelsestidspunktet var tiltakene ikke iverksatt.

Sykehjemmet hadde mange ansatte med annet morsmål enn norsk. På oppdrag fra Sykehjemsetaten hadde flere ansatte blitt testet i norsk i 2009.¹⁸ Resultatene tydet på at mange av dem som ble testet hadde svake norskkunnskaper. Ansattgruppen fra Smestadhjemmet var stort sett blant de svakeste gruppene i kartleggingen. Det ble ifølge institusjonslederen stilt krav fra 2010 om at alle som ble ansatt i pleien skulle beherske norsk på nivå 3.¹⁹ Enkelte ansatte fra begge de undersøkte avdelingene hadde deltatt på norskkurs i 2010, og flere skulle ta norskkurs i 2011 ifølge sykehjemmets ledelse. Målet var at alle pleiere skulle opp på norsk nivå 3.

Flere vi intervjuet mente at det var enkelte ansatte som ikke hadde tilstrekkelige norskkunnskaper. Under enkelte av våre observasjoner og samtaler i den forbindelse kom det også fram at sykehjemmet hadde ansatte i pleien med begrensede norskkunnskaper. Som nevnt i kapittel 2.2 så vi også ett eksempel på dette i journalnotater.

Hvordan fungerte samarbeidet mellom avdelinger og faggrupper?

Sykehjemmet hadde et tverrfaglig team ledet av fagutviklingssykepleier og institusjonssjef. Teamet besto i tillegg av avdelingsledere, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, avdelingsleder serviceavdelingen og aktivitør. I 2010 møttes teamet jevnlig. Tema for høsten 2010 hadde ifølge møteinnkallingene vært ny innkomstbrosjyre, rehabiliteringsarbeidet ved avdeling 1, Gerica-programmet, Handlingsplan for 2011 mv. På undersøkelsestidspunktet var imidlertid ikke denne møterekken aktiv.

Sykehjemmet hadde etablert en hygienekomite

som blant annet arbeidet med smittevern. Ifølge ledelsen ved sykehjemmet hadde komiteen tidligere hatt regelmessige møter, men dette var endret slik at komiteen møttes ved behov på undersøkelsestidspunktet. Sykehjemmet hadde en form for tverrfaglig samarbeid om kost og måltider der serviceavdelingen hadde faste mat-/ernæringsmøter med matkontaktene på hver avdeling.

Ifølge ansatte ble det ved beboeres innflytting gjennomført en tverrfaglig innkomstsamtale med pårørende, og noen ganger med beboeren. Lege og avdelingssykepleier eller sykepleier deltok vanligvis i møtene.

Flere av dem som vi intervjuet pekte på at samarbeidet mellom pleiepersonalet på avdelingene og aktivitører og fysioterapeuter kunne vært bedre. Det ble av flere gitt uttrykk for tidsbegrensninger og kapasitetsproblemer både blant pleiepersonalet og ansatte i støttefunksjoner. Eksempler på dette var at pleiepersonalet oppga at de ikke hadde tid til å følge/hjelpe til i aktiviteter organisert av aktivitører²⁰ og fysioterapeuter og at støttepersonalet ikke hadde tilstrekkelig kapasitet til å følge opp enkeltpersoner i så stor grad som pleiepersonalet mente var nødvendig.

Det var ifølge ansatte en relativt stor forskjell på de to somatiske langtidsavdelingene som vi undersøkte. På den ene avdelingen var det utviklet flere egne rutiner og prosedyrer og avdelingen hadde kommet langt i implementeringen av Gerica, mens den andre avdelingen ikke benyttet Gerica. Den andre avdelingen hadde liggende en del rutiner og prosedyrer av eldre dato, men hadde også enkelte egne rutiner som var utviklet mer nylig. Legen pekte på at de ulike rutinene og prosedyrene var en ulempe, og da særlig for personalet som arbeidet ved flere avdelinger.

¹⁸ PwC gjennomførte etter oppdrag fra Sykehjemsetaten en undersøkelse blant ca. 500 ansatte i hele etaten. I undersøkelsen ble ferdigheter i norsk og IT kartlagt. Sykehjemmene valgte selv ut ansatte med antatt behov for kompetanseheving på feltet. Fra Smestadhjemmet deltok ca. 20 ansatte.

¹⁹ Norsk nivå tre (norskprøve 3) følger det som er utarbeidet i Læreplan i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere. Bestått norskprøve 3 innebærer at vedkommende bl.a. klarer å skrive og forstå strukturerte tekster.

²⁰ Kulturinspirator blir her omtalt som aktivitør.

2.5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

De undersøkte avdelingene hadde en planlagt bemanning som var innenfor bemanningsnormen til Sykehjemsetaten, og det så ut til at antallet personer som faktisk var på vakt stort sett tilsvarte planlagt bemanning. Sykehjemmet hadde imidlertid ikke et system som ga en tydelig oversikt over antallet ansatte som hadde vært på jobb og deres kompetanse. Et slikt system ville for eksempel kunne være nyttig for leders vurdering av hvilke avdelinger som hadde risiko for manglende kontinuitet og faglighet i tilbudet.

De aller fleste fast ansatte var faglærte. I perioder var det imidlertid et betydelig sykefravær ved avdelingene vi undersøkte. Dette sammen med annet fravær, gjorde at mange ufaglærte og personer fra vikarbyråer jobbet på avdelingene særlig i helger. Situasjonen kan medføre manglende kontinuitet i arbeidet, risikoen for uønskede hendelser øker også i slike situasjoner. Situasjonen kan også være krevende for de gjenværende faste ansatte ved at deres ansvar for å løse arbeidsoppgaver øker.

Kontrollspennet, dvs. antall ansatte og beboere en avdelingsleder hadde ansvaret for, var en god del høyere enn Sykehjemsetatens veiledende standard. Ifølge Arbeidstilsynets tilsynsrapport av april 2011 hadde avdelingslederne ved sykehjemmet en presset arbeidssituasjon.

Sykehjemmet hadde iverksatt flere kompetansetiltak for sine ansatte, og det ble halvårlig utar-

beidet en plan for sykehjemmets egne kompetansetiltak. De ansattes ønsker om kompetansetiltak ble kartlagt gjennom spørsmål i medarbeidersamtalen. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om sykehjemmet burde hatt en mer systematisk tilnærming til feltet, for eksempel ved å gjennomføre regelmessige kompetansekartlegginger knyttet opp mot sykehjemmets kompetansebehov og myndighetskrav. Sistnevnte er viktig for å tilrettelegge for at sykehjemmet har nødvendig kompetanse opp mot lovkravene som stilles. Resultater fra andre undersøkelser tyder på at det var mangelfull kompetanse på området ernæring, og det det manglet en felles satsing på kompetansebygging i GERICA.

Det er vårt inntrykk at norskferdighetene til enkelte ansatte ikke var gode nok. Det var positivt at flere ansatte ved sykehjemmet var på kurs for å komme opp på et tilfredsstillende ferdighetsnivå i norsk.

Det var positivt at sykehjemmet hadde tverrfaglige inntakssamtaler. Sykehjemmet synes imidlertid å ha et forbedringspotensial knyttet til det tverrfaglige samarbeidet: Sykehjemmets faste tverrfaglige gruppe gjennomførte ikke møter på undersøkelsestidspunktet. Vi så også svært få eksempler på fungerende faste tverrfaglige grupper som arbeidet på egne områder. Dette kunne for eksempel dreie seg om grupper som kunne ha arbeidet tverrfaglig områder som hygiene, GERICA, sårstell, aktivisering mv. Etter vår vurdering kunne også samarbeidet mellom avdelingene ha vært bedre.

3. Tjenestetilbudet i ordinære avdelinger

I dette kapitlet beskrives og vurderes sykehjemmets beboerrettede tilbud på flere områder. Følgende tema er undersøkt: personlig hygiene, sårbehandling, fysikalsk oppfølging, aktivisering og stimulering, måltider og ernæring, renhold og vask av klær samt legemiddelhåndtering.

3.1 Personlig hygiene, sårbehandling, fysikalsk oppfølging

3.1.1 Revisjonskriterier

- Beboerne bør gis mulighet til selv å ivareta egenomsorg og skal om nødvendig få tilpasset hjelp.
- Det skal være tilstrekkelig personell til at beboerne kan få den bistand de behøver til rett tid.
- Beboere skal få tilpasset hjelp til daglig munnhygiene.
- Sykehjemmet må sørge for tilfredsstillende forebygging og behandling av sår.
- Beboere skal ha nødvendig tilgjengelighet til rehabilitering.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra helsepersonelloven, kvalitetsforskriften, forskrift om habilitering og rehabilitering og bystyresak 204/99.

3.1.2 Faktabeskrivelse

Vi undersøkte sykehjemmets tilbud med hensyn til personlig hygiene, tannstell, sårbehandling og fysikalsk behandling.

Personlig hygiene

Ifølge personalet var det beboernes tiltaksplaner som i hovedsak var styrende for hvilken hjelp de skulle ha til stell. En gjennomgang av åtte tiltaksplaner ved de to avdelingene knyttet til personlig hygiene, viste at det var stor variasjon mht. omfang av beskrivelsene av personlig hygiene. Noen tiltaksplaner var nylig oppdatert og beskrev ønsker og behov i detalj, mens andre

tiltaksplaner i liten grad var oppdatert og/eller hadde mer begrenset beskrivelse.

Ifølge personalet fikk beboerne stort sett dusje ukentlig. Noen dusjet to ganger i uken, mens det hendte at syke sengeliggende kun dusjet annenhver uke. Avdelingene hadde dusjlistre med oversikt over faste dusjedager, men pleiere sa at de ved behov kunne avvike fra listen ved at beboeren fikk dusje en annen ukedag.

Vi observerte ikke direkte stell av beboere. Under våre observasjoner etter morgenstellet var beboerne i all hovedsak velstelte mht. hårsveis, bekledning og rene negler. Det ble heller ikke oppdaget sjenerende lukt.

De pårørende vi snakket med var stort sett fornøyde med kvaliteten på stellet. Én av de pårørende påpekte likevel at sykehjemmet kunne vært flinkere til å klippe negler. Beboerne vi snakket med dette om var relativt selvhjulpne. En av beboerne syntes imidlertid hun fikk for lite hjelp.

Pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført av Helse- og velferdsetaten høsten 2010 omfattet også spørsmål om stell og pleie. 77 prosent av respondentene ved Smestadhjemmet svarte at de i stor grad synes deres nærstående så velstelt ut ved besøk, mens 24 prosent i liten grad synes det. Gjennomsnittresultatet for byen totalt på de samme spørsmålene viste at henholdsvis 84 prosent opplevde at deres nærstående så velstelte ut ved besøk, mens 15 prosent mente dette i liten grad var tilfelle.

Daglig tannstell

Daglig tannstell skulle ifølge pleiepersonalet ivaretas ved stell morgen og kveld, de vi snakket med sa at de praktiserte dette. Det ble oppgitt at noen beboere sto for dette selv. På begge avdelinger fant vi rutinebeskrivelser og informasjonsskriv om tann- og munnstell hos pleie-

trengende. Ifølge ansatte fikk de til en viss grad veiledning om daglig tannstell av tannpleierne.

En av sykehjemmets faste tannpleiere opplyste at Smestadhomeet verken utpekte seg i negativ eller positiv retning når det gjaldt beboernes daglige tannstell sammenliknet med andre sykehjem hun besøkte. Hun viste til at enkelte beboere hadde veldig dårlig tannstatus, men presiserte at dette dreide seg om beboere der tannstellet i alle tilfeller var utfordrende.

Tannpleierne gikk to runder årlig ved sykehjemmet der de gjennomgikk tannstatus og kom med råd/veiledning om munnstell. Det ble utarbeidet en tannstatus for hver beboer kalt belegg- og slimhinneindeks (BSI). En kartlegging av BSI i februar 2011 ved de to somatiske langtidsavdelingene viste at 28 beboere hadde fått betegnelsen bra eller akseptabel status, 24 beboere hadde "ikke akseptabel status" og syv beboere hadde dårlig status.²¹ En av anbefalingene i kartleggingen var tannpuss morgen og kveld.

De pårørende vi snakket med hadde blandede erfaringer knyttet til tannstell. Noen mente det ble ivarettatt tilfredsstillende eller hadde lite kjennskap til tannstellet. Enkelte andre mente sykehjemmet ikke fulgte dette godt nok opp.

I pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført av Helse- og velferdsetaten høsten 2010 ble det stilt spørsmål om fornøydhet med tannstell og tannbehandling. I undersøkelsen svarte 28 prosent av respondentene ved Smestadhomeet at de i stor grad var fornøyd, mens 49 prosent i liten grad var fornøyd. Gjennomsnittresultatet for byen totalt viste at 44 prosent i stor grad var fornøyd, mens 28 prosent i liten grad var fornøyd.

²¹ "Dårlig status" betyr at beboeren har mye belegg på tenner og middels eller sterk inflammasjon av slimhinner. "Ikke akseptabel status" innebærer både belegg og inflammasjon, men det er ikke nødvendigvis så mye. "Dårlig status" er dermed et uttrykk for verre tannstatus enn "ikke akseptabel status".

Forebygging og behandling av sår

Ifølge de ansatte på de undersøkte avdelingene ble sengeliggende med risiko for sår snudd regelmessig og det ble gjerne benyttet spesielle avlastende madrasser. Avdelingene benyttet ikke snulister. Dette ble blant annet begrunnet med at det var lett å glemme registreringen. Ifølge pleierne ble informasjon om at beboere var snudd tatt i muntlig rapport ved vaktskiftet.

Ifølge de ansatte ble det utarbeidet egne sårprosedyrer for behandling i de enkelte tilfellene. Prosedyrene var basert på sårprosedyrer fra nettstedet PPS (praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten), egne rutiner/erfaringer og ev. sårprosedyrer fra sykehus om beboeren kom derfra. Vi så flere eksempler på at avdelingene hadde utarbeidet individuelle sårprosedyrer. Ifølge fagutviklingssykepleier ble hun i tilfeller bedt om å bistå med veiledning.

Flere av de pårørende vi snakket med hadde opplevd at deres nærstående hadde hatt problemer med sår. I hovedsak mente de pårørende at pleierne var oppmerksomme på problematikken og at det var blitt iverksatt tiltak ved sår. En av de pårørende var kritisk til sykehjemmets sårbehandling. Dette dreide seg imidlertid i hovedsak om en uenighet med sykehjemmet om behandlingen av såret.

Helse- og velferdsetaten får tre ganger i året innrapportert såkalte objektive kvalitetsindikatorer fra sykehjemmene blant annet knyttet til andel beboere med "trykksår i lavrisikogruppen" og "trykksår i høyrisikogruppen". For lavrisikogruppen lå Smestadhomeet ved alle tre registreringer i 2010 litt høyere enn gjennomsnittet i Oslo kommune. I høyrisikogruppen lå Smestadhomeet om lag på gjennomsnittet.

Fysikalsk oppfølging

Sykehjemmet hadde på undersøkelsestidspunktet tre fysioterapeuter som jobbet i henholdsvis 100 prosent stilling, 50 prosent stilling og 60 prosent stilling. Ifølge en av fysioterapeutene

ble deres tid i hovedsak brukt til å følge opp beboere på sykehjemmets rehabiliteringsavdeling. De tre fysioterapeutene fordelte ellers sin tid på sykehjemmets tre andre avdelinger.

Fysioterapeuten vi intervjuet sa hun fulgte opp 4-5 beboere på en av de ordinære langtidsavdelingene og benyttet ca. to timer i uka til dette. Det var ikke andre fysioterapeuter som fulgte opp denne avdelingen. Hun anså at ca. 16 beboere kunne ha behov for oppfølging ved denne avdelingen. Ved den andre langtidsavdelingen var det ifølge en pleier ca. 3-5 beboere som fikk oppfølging av fysioterapeut. Hun anså at langt flere beboere hadde behov for slik oppfølging. Tilbakemeldingen fra ansatte tydet på at pleiepersonalet i noen tilfeller hjalp til med fysikalsk oppfølging, men at dette var begrenset.

Iht. Sykehjemsetatens veiledende norm for fysioterapibemanning var det lagt opp til at det skulle settes av én uketime per tredje plass ved somatiske avdelinger.²² Gitt at avdelingene har 33 beboere betyr dette i gjennomsnitt 11 timer ved en slik avdeling. Dette vil også inkludere administrativt arbeid.

I forbindelse med rapportering på de objektive kvalitetsindikatorene får Helse- og velferdsetaten tre ganger i året resultater knyttet til nye eller forverrede kontrakturer, altså tilstivning i ledd som begrenser bevegelse. Ifølge Helse- og velferdsetaten kan endringer i kontrakturer si noe om pleien ved sykehjemmet ved at kontrakturer i stor grad kan forebygges. Smestadhjemmet hadde for alle de tre registreringene i 2010 en noe høyere andel beboere med "nye eller forverrede kontrakturer sammenliknet med vurderingen for fire måneder siden" enn gjennomsnittet av sykehjemmene.²³

²² Jf. Sykehjemsetatens MBU-sak 27/09, 14.05.2009, Prosjekt mulighetsrom – delprosjekt bemanning.

²³ Helse- og velferdsetaten kommenterer at den pga. et høyt antall manglende registreringer og store variasjoner mellom sykehjemmene mistenker dårlig datakvalitet. Kommunerevisjonen har på grunn av dette valgt ikke å presentere og kommentere de konkrete resultatene, men valgt å trekke fram trenden i materialet.

3.1.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Vi observerte ikke gjennomføringen av stell direkte. Beboerne var i hovedsak velstelte ved våre observasjoner og besøk. Det var i all hovedsak lagt opp til ukentlig dusjing for beboere, noe vi oppfatter er relativt vanlig dusjhyppighet ved slike avdelinger. Samtidig konstaterer vi at noen fikk dusje oftere.

Sykehjemmet hadde et samarbeid med tannpleiere om tannstell. Resultater fra tannpleiernes BSI-kartlegging og pårørendeundersøkelsen indikerer at tannstellet ikke alltid var tilfredsstillende.

Sykehjemmet så ut til å jobbe relativt systematisk med behandling av sår. I rapporteringen på objektive indikatorer lå sykehjemmet nær gjennomsnittet i andelen beboere med trykksår.

Fysioterapeutenes tidsbruk på beboerne ved de to somatiske langtidsavdelingene lå godt under Sykehjemsetatens norm. Hvor mye tid som faktisk skal benyttes må imidlertid være basert på en vurdering av beboernes reelle behov ut fra et faglig skjønn. Slik sett er det ikke galt om faktisk tilbud avviker noe fra normen. Hva som faktisk tilbys av fysioterapi avhenger også av samarbeidet mellom fysioterapeut og pleiepersonalet, samt pleiepersonalets kompetanse og kapasitet. Som vi tidligere har sett var samarbeidet om oppfølgingen av fysikalske behov etter pleiepersonalet og fysioterapeutene vurdering, relativt begrenset. Samlet sett synes det fysikalske tilbudet ved de to avdelingene som for begrenset.

3.2 Aktiviteter og stimulering

3.2.1 Revisjonskriterier

- Det skal legges til rette for trivsel ved at den enkeltes behov for sosial kontakt og aktivitet blir ivarettatt.
- Sykehjemmet bør gi beboerne et tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

- Beboerne bør ha mulighet til å følge en normal livs- og døgnrytme.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra kvalitetsforskriften, forskrift om sykehjem mv. og bystyresak 204/99.

3.2.2 Faktabeskrivelse

Vi undersøkte sykehjemmets tilbud om aktivisering og stimulering, herunder tilretteleggingen for klare pasienter i somatiske avdelinger. Vi har også sett på beboernes mulighet til å følge en normal døgnrytme.

Aktivitetstilbud

Sykehjemmet, med unntak av dagsenteret, hadde i undersøkelsesperioden 1,5 årsverk som aktivitør, en person i 100 prosent stilling og en i 50 prosent stilling.²⁴

Sykehjemmet hadde flere tilbud om aktiviteter og lignende til beboerne. En oversikt over aktivitetstilbudet i 2010 viste bl.a.:

- at konserter/forestillinger i snitt var blitt holdt ca. to ganger i måneden.
- at det nesten hver måned var blitt gjennomført turer til museer. Dette var særlig et tilbud til demente beboere.
- det var gjennomført åtte utflukter i sommermånedene, så som piknik på Bogstad, tur til Ekeberg gård og tur til Ullevålseter.
- at det ukentlig hadde vært bingo, sittedans og "trim og trall" (trim og musikk).

Ifølge aktivitør og sykehjemmets informasjonsmateriell om aktiviteter var aktivitetsopplegget stort sett videreført fra 2010 til 2011. Aktivitetene hadde begrensninger knyttet til antallet beboere som kunne delta, og det var en egenandel for enkelte utflukter. Det var også slik at de ukentlige aktivitetene noen ganger ikke ble gjennomført pga. sykdom, ferieavvikling mv. Vi så blant annet at tilbudet om bingo var avlyst et par ganger i perioden vi gjennomførte observasjoner på sykehjemmet.

²⁴ Tar vi med dagsenteret så har sykehjemmet 2,0 av 2,5 stillinger i bruk. (0,5 stilling holdes vakant pga. avklaring av helsetilstand.)

Sykehjemmet hadde en venneforening som hjalp til med gjennomføring og planlegging av enkelte aktiviteter. Hver tirsdag sto brukerne av dagsenteret for vaffelsteking i resepsjonen, mens en frivillig spilte flygel.

Sykehjemmet hadde en prestetjeneste. Ifølge informasjon fra sykehjemmets hjemmeside var det ukentlige andakter og gudstjeneste en gang i måneden. Presten var også på sykehjemmet to ganger per uke ifølge sykehjemsledelsen.

Pleierne oppga i intervju at de i liten grad hjalp aktivt til på de organiserte aktivitetene. De hjalp til med enkel tilrettelegging av aktivitetene, for eksempel ved å følge beboere, og noen ganger var de tilstede under aktivitetene om dette var nødvendig for gjennomføringen. Ansatte forklarte at de hadde lite tid til å hjelpe til på de organiserte aktivitetene.

Vi spurte ellers flere ansatte om hva som ble iverksatt av aktiviteter i regi av avdelingene for at dagene ikke skulle falle for lange. Flere sa at de gjerne gikk turer med beboere i sommermånedene. Ellers ble det vist til at de satte seg ned og snakket med beboerne eller satte på musikk.

Ved flere tilfeller vi observerte var det satt på musikk på avdelingene, og vi så at ansatte snakket med beboerne eller gikk med dem på avdelingen. Enkelte ganger var det sykepleierstudenten som satte seg ned og snakket med beboerne eller de tok en spasertur i korridoren. Men for flertallet av gangene vi var til stede på avdelingene skjedde det lite utenom stell og måltider. Beboerne satt stort sett i korridorene, lå på rommet eller gikk rundt mens de ansatte var opptatt med andre gjøremål.

Pårørende og enkelte beboere ga uttrykk for at aktivitetsnivået på avdelingene var begrenset. I pårørendeundersøkelsen gjennomført i regi av Helse- og velferdsetaten høsten 2010, ble det stilt spørsmål om aktiviteter og underholdning. 41 prosent av respondentene ved Smestadhjemmet var fornøyde på dette punktet, mens 37 pro-

sent ikke var fornøyd. Resultatet for byen totalt viste at 61 prosent var fornøyd mens 21 prosent ikke var fornøyd.²⁵

Tilrettelegging for klare pasienter

Antallet demente beboere ved de somatiske avdelingene var ikke fullstendig kartlagt, men sykehjemets lege og en av avdelingslederne antok at ca. 80 prosent av beboerne hadde kognitiv svikt²⁶. Tilsynsutvalget hadde i flere av sine rapporter i 2010 påpekt at det var nødvendig å omgjøre en somatisk avdeling til demensavdeling slik at behovet for demensplasser ble bedre dekket.²⁷

Klare beboere vi snakket med ga uttrykk for at det var lite å ta seg til i det daglige. En av de ansatte vi snakket med sa at noen av de klare beboerne fikk maten servert på rommet fordi de ikke ønsket å spise sammen med de andre. Det var ikke etablert avskjermede spisegrupper for klare beboere, samtalegrupper eller andre lavterskel aktivitetstilbud for klare.

Fleksibilitet og valgfrihet mht. leggetider mv.

I samtaler med ansatte og gjennom våre observasjoner ved avdelingene kom det frem at beboerne normalt stod opp mellom kl. 08.00 og 09.30. Ifølge pleiepersonalet begynte kveldsstell og legging av beboere etter kveldsmaten som ble servert kl. 1800. De aller fleste ville legge seg tidlig ble det sagt, og under våre observasjoner var de fleste beboere i seng i god tid før kl. 21.00. De ansatte mente at det ble lagt opp til fleksibilitet vedrørende leggetid. En av de pårørende vi intervjuet sa at vedkommende beboers ønske om å stå opp tidlig og legge seg sent, ble

etterkommet. Vi observerte ved flere tilfeller at beboere satt oppe til etter kl. 22.00. Det ble av flere sagt at det ikke var uvanlig at nattevaktene hjalp til med legging av beboere.

3.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Det var positivt at sykehjemmet hadde et nokså variert tilbud av organiserte felles aktiviteter og kulturtilbud.

Utenom sykehjemets fastlagte aktiviteter i regi av aktivitører og andre, ble beboerne lite aktivisert og stimulert. De ansatte var lite sammen med beboerne utenom stell og måltider. Det er grunn til å stille spørsmål om beboernes psykososiale behov ble dekket i tilstrekkelig grad.

Den høye andelen beboere med kognitiv svikt ved de somatiske avdelingene gjorde at klare beboere i stor grad måtte forholde seg til beboere det var vanskelig å kommunisere med. Resultatet var at klare beboere hadde få beboere å forholde seg til sosialt. Det var i liten grad i det daglige tilrettelagt for et eget tilbud til gruppen av klare beboere. Vi sikter her til tiltak som egne avskjermede spisegrupper, samtalegrupper, tilrettelegging for praktiske gjøremål mv.

Vi har ikke undersøkt tilbudet til beboere med demens og kognitiv svikt grundig. Det kan imidlertid stilles spørsmål om de somatiske avdelingene på grunn av deres størrelse var vel-egnet for denne gruppen. En generell anbefaling vedrørende personer som lider av demens, er at de bør ha få personer å forholde seg til.²⁸ Som vi også så i kapittel 2.2 så det ut til å være mangler i enkelte beboeres tiltaksplaner knyttet til tiltak ved kognitiv svikt.

Etter vår vurdering praktiserte sykehjemmet en fleksibilitet ved tidspunkt for legging. Det er åpenbart at mange beboere la seg tidlig, men vi har ikke holdepunkter for at beboere ble lagt mot egen vilje.

²⁵ Ikke alle respondentene besvarte spørsmålet, dermed ligger andelen som totalt har svart under 100 prosent.

²⁶ Kognitiv svikt innebærer at en person har en form for svekket evne til å oppfatte og vurdere informasjon. Kognitiv svikt er gjerne et uttrykk for demens hos sykehjemsbeboere. (Sykehjemsetaten *Demens og kognitiv svikt*)

²⁷ Sykehjemmet hadde én demensavdeling. Det er bydelene som bestiller og betaler for opphold på sykehjem og bestillerkontoret som etter en samlet vurdering fatter vedtak om sykehjems plass. Sykehjemmet kan ikke på egenhånd overføre en beboer fra en somatiskavdeling til en demensavdeling.

²⁸ Se eks. Sosial- og helsedirektoratet 2007: *Glemsk, men ikke glemt!*

3.3 Måltider og ernæring

3.3.1 Revisjonskriterier

- Beboerne skal tilbys et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet vedrørende mat, herunder tilbud om alternative middagsmenyer.
- Beboerne skal få tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
- Beboere skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehjemmet og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- Sykehjemmet bør ha tilfredsstillende hygienene ved tilberedning og servering av mat.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra kvalitetsforskriften, bystyresak 204/99 og Helsedirektoratets veileder om forebygging og behandling av underernæring (IS-1580).

3.3.2 Faktabeskrivelse

Vi har undersøkt praksis for servering av mat og drikke, herunder måltidenes tidspunkt og valgfrihet, tilrettelegging, atmosfære, variasjon og kvalitet i mat/måltider. Vi har også sett på enkelte forhold ved sykehjemmets system for tilstrekkelig ernæring og ved hygiene på postkjøkken.

Smestadhome hadde et mottakskjøkken som fikk tilkjørt middagsmat etter kok kjøleprinsippet, som innebærer at maten først tilberedes og så nedkjøles på et sentralkjøkken, før den distribueres til sykehjemmene som så varmer

opp maten ved servering. De fleste kommunale sykehjem i Oslo benytter denne ordningen. De undersøkte avdelingene hadde hver tre postkjøkken/spisestuer der brødmåltider ble tilberedt og middag varmet opp.

Tidspunkt for matservering

Ved de undersøkte avdelingene var det lagt opp til fire måltider; frokost, middag, kveldsmat og senkvelds. I tillegg skulle det tilbys drikke/frukt ca. kl. 12.00 og serveres kaffe og kake på ettermiddagen. Tidspunkt for måltider fremgår av tabell 3.

Tabell 3 viser at de to avdelingene i hovedsak serverte måltider og mellommåltider til samme tid, men med noen små variasjoner. Ved enkelte observasjoner begynte serveringen av kveldsmat før kl. 18.00, og samtidig var det i de tilfellene vi undersøkte relativt få beboere som benyttet seg av tilbudet om mat senkvelds. Vi fikk også tilbakemelding om at det kunne serveres mat til beboere som ønsket dette etter matserveringen senkvelds. Nattfasten kunne være på over 15 timer (fra ca. kl. 18.30 til ca. 09.30/10.00) for de som ikke benyttet seg av tilbudet om mat senkvelds.

Fram til februar 2011 skulle det komme frukt opp til avdelingene tre ganger i uken. Som en prøveordning ble dette endret til å gjelde alle hverdager. Flere beboere og pårørende ga uttrykk for at frukt relativt sjeldent ble delt ut på avdelingene. En ansatt vi snakket med sa at det ble kastet mye frukt. Vi observerte en kveld at frukten som hadde kommet opp på avdelingen

Tabell 3 Tidspunkt for matservering på avdeling 2 og 3

Måltid	Serveringstidspunkt avd. 2	Serveringstidspunkt avd. 3
Frokost	Kl. 09.00-10.00	Kl. 09.30 (10.00 i helgen)
Drikke/frukt	Kl. 12.00	Kl. 12.00
Middag	Kl. 13.00-14.00	Kl. 13.30
Kaffe og kake	Kl. 16.00	Kl. 15.30
Kveldsmat	Kl. 18.00	Kl. 18.00
Senkvelds (suppe/lett mat)	Ca. kl. 21.00	Kl. 20.00

Kilde: Informasjonen i tabellen er basert på tilbakemeldinger fra avdelingene.

sto på vaktrommet. Under observasjonene på dagtid så vi ikke eksempler på at frukt ble delt opp eller skrelt og deretter tilbudt beboerne.

Valgfrihet, variasjon og kvalitet på maten

Avdelingsleder for serviceavdelingen, som ledet sykehjemmets mottakskjøkken, fortalte at matpreferanser og behov, for eksempel behov for diabetesdiett, ble kartlagt ved innflytting. I den sammenheng fikk beboerne også anledning til å reservere seg mot mat de ikke likte. Hun sa at svært få hadde benyttet seg av denne muligheten.

Ved de undersøkte avdelingene ble det benyttet matkardex der beboernes preferanser og spesielle behov fremkom. Vi ble fortalt at matkardexen var retningsgivende selv om avdelingene prøvde å etterleve ønsker fra dag til dag.

De aller fleste beboerne på de undersøkte avdelingene fikk ferdigsmurt frokost og kvelds. Fire, fem beboere på begge avdelingene fikk satt fram pålegg slik at de kunne smøre selv. Vi observerte at beboerne som var selvhjulpne kunne velge mellom ulike typer ostepålegg, syltetøyvarianter, kjøtt og fiskepålegg. Beboerne som fikk ferdigsmurte skiver fikk forskjellig pålegg. Flere beboere ble tilbudt egg og enkelte fikk grøt.

I de ukene vi gjennomførte observasjoner hang det oppdaterte ukemenyer på begge avdelingene. Menyen inneholdt hovedrett og dessert fem dager. Det var ikke lagt opp til middagsalternativer, med unntak av lørdag, da det kunne velges mellom grøt og suppe.

Enkelte pårørende og beboere hadde innvendinger mot maten. Det ble blant annet pekt på at grønnsakene i tilfeller var overkokt, en pårørende mente at maten var lite krydret og derfor hadde lite smak. Samtidig sa flere beboere og pårørende at maten generelt sett var god.

I pårørendeundersøkelsen gjennomført i regi av Helse- og velferdsetaten høsten 2010, ble det stilt spørsmål om fornøydhetsgrad ved kost- og ernæringstilbudet. 73 prosent av respondentene

ved Smestadhjemmet var fornøyde, mens 20 prosent ikke var fornøyde. Resultatet for byen totalt viste at 77 prosent var fornøyde mens 11 prosent ikke var fornøyde.

Hjelp/tilrettelegging til spising og atmosfære rundt måltidene

Vi observerte at enkelte beboere fikk hjelp under måltidet både til å dele opp maten og til å spise. Det virket som om alle som trengte det, fikk tilstrekkelig hjelp og nok tid til å spise ved måltidene. Det kunne også virke som enkelte fikk noe mer hjelp enn det som var helt nødvendig ved at brødmåltidene som hovedregel var ferdigsmurt.

Det var stort sett en hyggelig stemning under de måltidene som vi observerte. Referatet fra beboerrådsmøtet i mai 2010 viste at det kom et innspill/klage om at enkelte var plaget av støy i matsituasjonen. Enkelte klare beboere ønsket ifølge pleiere ikke å spise sammen med de andre, og fikk derfor maten servert på rommet.

I pårørendeundersøkelsen ble det stilt spørsmål om måltidene var "en hyggelig stund for din nærstående". 63 prosent av respondentene ved Smestadhjemmet var enige i utsagnet, mens 29 prosent ikke var enige i dette. For byen som helhet svarte 69 prosent at de var enige i at måltidene var en hyggelig stund, mens 16 prosent ikke var enige i dette.²⁹

Ernæring – tilstrekkelig mat og drikke

I kvalitetsrevisjonen som Helse- og velferdsetaten gjennomførte høsten 2010 ble det funnet avvik ved at sykehjemmet ikke hadde skriftlige rutiner for vurdering og oppfølging av beboers ernæringsstatus og at sykehjemmet ikke hadde systematisk oppfølging av de ansattes kompetanse innenfor området ernæring. På undersøkelsestidspunktet hadde sykehjemmet ikke iverksatt egne tiltak knyttet til resultatene i kvalitets-

²⁹ I pårørendeundersøkelsen var svarkategoriene rangert fra 1 – 4 der 1 betød i svært liten grad, mens fire betød i svært stor grad. Vi har slått sammen kategoriene slik at 1 og 2 innebærer ikke fornøyd/ikke enig. Kategori 3 og 4 er slått sammen til fornøyd/enig.

revisjonen. I Smestadhjemmet's handlingsplan for 2011 var ett av målene at institusjonen skulle forebygge/følge opp underernæring hos beboere og starte opp et ernæringsforum på sykehjemmet. I den anledning var det henvist til de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring.

De ansatte vi intervjuet ga tilbakemelding om at ernæringsmessig status/risiko og eventuelle tiltak ble vurdert i forbindelse med utarbeidelse av tiltaksplan for den enkelte beboer. Informasjon om ernæringsstatus fra sykehus, fastlege eller andre ble benyttet i utarbeidelsen av tiltaksplan. Det var imidlertid ikke slik at beboernes tiltaksplaner i alle tilfeller inneholdt en beskrivelse av ernæringsmessig status, risiko og tiltak.

Begge avdelingslederne oppga at beboerne ble veid tre ganger i året. Ved behov ble beboere veid oftere, gjerne månedlig. En gjennomgang av vektregistreringer for enkelte beboere viste at disse var veid hver tredje måned. Vi fant også eksempler på at beboere ble veid oftere. Pleiere vi snakket med sa at drikke- og spiselister ble benyttet ved behov. I gjennomgangen av pasientdokumentasjon så vi at drikke- og spiselister hadde vært i bruk. Vi undersøkte imidlertid ikke dette ytterligere.

Helse- og velferdsetaten henter inn informasjon fra Oslos sykehjem blant annet om alvorlig vekt-reduksjon som ledd i rapporteringen av objektive kvalitetsindikatorer.³⁰ For Smestadhjemmet var det registrert at mellom 8 og 9 prosent av beboerne hadde et alvorlig vekttap i 2010. Gjennomsnittet for Oslo lå på 12 prosent.³¹

Hygiene på postkjøkken og ved servering av mat
Sykehjemmet hadde et system for kontroll/gjennomgang av noen forhold ved postkjøkkenet, blant annet ved bruk av kontrollskjemaer.

Kontrollpunktene var temperaturmåling av kjøleskap, og kontroll av mikrobølgeovn, vask, håndvask, komfyr mv. En gjennomgang av utfylte kontrollskjema for 2010 viste at skjemaene aktivt ble benyttet, men også at mange kontrollpunkter ikke var fylt ut så ofte som forutsatt.

På de undersøkte avdelingene ble det ikke foretatt temperaturmåling av varmmat ved servering. Imidlertid hadde oppvarmingsenhetene temperaturmålere. Maten skulle varmes opp i oppvarmingsmaskinene på minimum 60 grader i ca. 60 minutter fram til servering.

Kjøkkenet var inndelt i en ren og en uren sone på begge avdelingene. Vi observerte at dette skillet i hovedsak ble overholdt. Postkjøkkenet hadde i de tilfellene vi undersøkte såpe og desinfisering til håndvask tilgjengelig.

IK-mat malen for Oslo kommune legger opp til at pleiepersonell bør benytte forklede ved tilberedning og servering av mat. Våre observasjoner viste at ansatte i all hovedsak ikke benyttet forkle ved tilberedning og servering av mat. Dette ble også bekreftet i intervjuer.

3.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Det var positivt at sykehjemmet hadde innført tilbud om måltider senkvelds. Det kunne imidlertid gå over 15 timer mellom siste måltid på kveld og frokost for beboere som ikke spiste senkvelds. I lys av faglige anbefalinger fra for eksempel Helse- og velferdsetaten er dette i lengste laget.³² Samtidig var det iverksatt tiltak gjennom servering av mat etter ordinær kveldsmat for å bøte på denne utfordringen.

Det var tilgjengelig frukt på avdelingene fra tid til annen, men beboerne ble i liten grad tilbudt og servert frukt. Etter vår vurdering kunne avdelingene vært flinkere til å tilrettelegge for at beboerne spiste mer frukt.

³⁰ Alvorlig vekttap er definert som "vekttap på 5 % eller mer de siste 30 døgner, eller vekttap på 10 % eller mer det siste halve året". Dette blir rapportert tre ganger i året.

³¹ Gjennomsnittet for Oslo kommune i uke 49 i 2010 er ikke inkludert i gjennomsnittet.

³² Helse- og velferdsetaten (2005) anbefaler i temaark for pleie- og omsorgstjenester *Mellommåltider i aldersinstitusjoner* at nattfasten høyst bør være 11 timer.

Det var god variasjon i brødpålegget som var tilgjengelig på avdelingene, og beboerne kunne få grøt eller egg om de ikke ville ha brødmat til frokost/kvelds. Vi stiller imidlertid spørsmål om det i større grad kunne vært lagt opp til at flere beboere kunne smøre mat selv eller få hjelp til dette under måltidene. Dette vil tilrettelegge både for mer valgfrihet og aktivisering under måltidene.

Selv om beboerne kunne reservere seg mot visse typer middagsmat, hadde sykehjemmet etter Kommunerevisjonens vurdering ikke et tilbud om alternative middagsmenyer i tråd med kvalitetskravene vedtatt av bystyret.

De som trengte hjelp under måltidene fikk det i de situasjonene vi observerte. Det var stort sett hyggelig stemning under disse måltidene, og beboerne fikk tilstrekkelig tid og ro til å spise. Vi konstaterer imidlertid at noen beboere valgte å spise på eget rom.

Beboerne ble stort sett veid hver tredje måned. Imidlertid oppstiller veileder fra Helsedirektoratet månedlig vurdering av ernæringsmessig risiko. Månedlig veiing vil være sentralt i en slik vurdering.

Det var på flere områder lagt til rette for god hygiene i matsituasjonene. Det var sørget for oppdeling i rene og urene soner og det ble jevnlig foretatt kontroller knyttet til hygiene. I hovedsak ble brødmåltidene forberedt av vaskerpersonalet. Pleiepersonellet satt fram maten og hjalp beboerne med mating ved behov. Det var imidlertid ikke tilfredsstillende at pleiepersonell som deltok i stell også serverte mat uten bruk av forklede eller liknende.

3.4 Renhold og vask av klær

3.4.1 Revisjonskriterier

- Det skal sikres tilstrekkelig renhold av beboerrom og fellesrom.
- Sykehjemmet skal ha tilfredsstillende vaskerifunksjon.

Kriteriene er utledet fra forskrift om smittevern, forskrift om sykehjem mv. og bystyresak 204/99.

3.4.2 Faktabeskrivelse

Vi undersøkte renhold av rom og fellesarealer. Vi undersøkte også om det oppstod svinn eller feil ved vask av beboernes klær.

Renhold av beboerrom og fellesarealer

Renhold av rom og fellesarealer ble gjennomført av eget rengjøringspersonale på dagtid alle hverdager. Pleiepersonalet måtte stå for eventuelt nødvendig renhold utenom disse tidspunktene. Avdelingslederen for serviceavdelingen fortalte at det ved mer enn tre helligdager i strekk ble satt inn renholdsansatte. Det var en skriftlig nedfelt arbeidsdeling mellom de pleieansatte og renholderne vedrørende ansvar for renhold. Arbeidsdelingen tilsa at pleierne skulle stå for vask av eksempelvis nattbord, seng, private møbler og innvendig i skuffer og skap. Pleierne skulle også vanne blomster.

Sykehjemmet utarbeidet på undersøkelsestidspunktet en detaljert renholdsplan. Ifølge ansatte begynte de å bruke enkelte deler av planen i mars 2011. Planen var på undersøkelsestidspunktet ikke ferdigstilt på alle områder. Renholdsplanen ga en oversikt over renholdsmetode og -hyppighet på samtlige rom/arealer ved Smestadhjemmet. Ifølge ansatte i serviceavdelingen var planen en forutsetning for at sykehjemmet skulle innfri kravene i NS-INSTA 800 som er en standard for å fastlegge og bedømme rengjøringskvalitet.

Ifølge lederen for serviceavdelingen var det viktig at renholdet også forebygger smitte. Hun viste til at sykehjemmets infeksjonskontrollprogram hadde en egen avdeling for renhold, og at det ble samarbeidet med fagutviklingssykepleier om smitteforebygging. Fagutviklingssykepleier bekreftet at det var et tett samarbeid om renhold og hygiene.

Det ble ifølge leder og ansatte i serviceavdelingen foretatt hovedrengjøring ved sykehjemmet

annethvert år. Mer presist ble det gjennomført hovedrengjøring av to avdelinger ved sykehjemmet hvert år. I tillegg ble beboerrom alltid grundig rengjort etter dødsfall og i smittesituasjoner, fikk vi opplyst.

Lederen og ansatte i serviceavdelingen sa at det ble foretatt jevnlig kontroll eller stikkprøver av renholdet, som ble utført av de renholdsansatte. Etter kontrollene ble det gitt muntlig tilbakemelding om forbedringsbehov. I 2010 gjennomførte ansatte på Serviceavdelingen ved to anledninger en mer systematisk tilstandsvurdering av renholdet på alle avdelingene basert på en egen mal.

Ved våre observasjoner fikk vi inntrykk av at fellesarealene og beboerrommene stort sett var rene. Det var som hovedregel ikke urinlukt eller annen sjenerende lukt på avdelingene. Imidlertid observerte vi at det var mye støv på flere rom og i fellesarealene. Flere pårørende vi snakket med ga også uttrykk for at støvtørringen var for dårlig. Enkelte pårørende nevnte også at de ikke var fornøyd med vanning av blomster og rengjøring av rullatorer.

Vask (inkl. svinn) av beboernes tøy
Beboernes tøy ble vasket på sykehjemmet. Beboernes tøy skulle på forhånd være merket med et eget nummer. På avdelingene skulle alle tekstiler sorteres og legges til vask i sekker med ulike farger. Beboertøy skulle legges i hvite sekker. Klærne ble deretter tatt ned til sykehjemmets vaskeri. Etter vask ble privat tøy sortert avdelingsvis og deretter fraktet opp til avdelingene. Ifølge lederen og ansatte i serviceavdelingen forekom tilfeller av feilvask og svinn. Sykehjemmet registrerte ikke systematisk tapte eller ødelagte klær.

Flere av de pårørende vi snakket med sa at de hadde opplevd at klær forsvant.

3.4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Renholdet fremstod i hovedsak som tilfredsstillende. Det var også lagt opp til en systematikk i

planlegging, utføring og oppfølging av renholdet. Støvtørringen fremsto imidlertid ikke som god nok.

Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å konkludere vedrørende sykehjemmets vaskerifunksjon, men vi konstaterer at det forekom feilvask og svinn av beboeres tøy og at det ikke ble ført oversikt over klær som ble ødelagt eller borte i vask.

3.5 Legemiddelhåndtering

3.5.1 Revisjonskriterier

- Istandgjøring og utdeling av legemiddel til pasient skal skje på grunnlag av ordinerer fra lege og i samsvar med virksomhetens skriftlige prosedyrer. Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.
- Legemidler skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.
- Sykehjemmet må sikre at personalet har tilstrekkelig kompetanse og tid til å observere og rapportere/journalføre om effekten av legemidlene og andre forhold av betydning for legemiddelhåndteringen.

Kriteriene er i hovedsak utledet fra forskrift om legemiddelhåndtering og journalforskriften.

3.5.2 Faktabeskrivelse

Vi har undersøkt forhold rundt istandgjøring og utdeling av legemidler, oppbevaring av legemidler og rapport/dokumentasjon av effekt av legemidler.

I og med at tilsynsfarmasøyt regelmessig har foretatt tilsyn og rådgivning når det gjaldt sykehjemmets legemiddelhåndtering, har vi sett mer summarisk på enkelte punkter. I 2010 gjennomførte tilsynsfarmasøyten tre tilsyn ved Smestad-hjemmet.

Istandgjøring av legemidler

Istandgjøring av legemidler ble ifølge prosedyren til sykehjemmet foretatt av en sykepleier. Vedkommende skulle da legge foreskrevne legemidler i beboernes dosetter. Alle dosetter skulle deretter kontrolleres av en annen sykepleier. Istandgjøring av dosett og kontroll av dosett skulle dokumenteres ved sykepleiers initialer i medisinkardex. En gjennomgang av tre kardexer viste at det med ett unntak var signert med initialer for lagt dosett og for kontroll av dosett. Det var i alle tilfeller forskjellige personer som hadde signert for lagt dosett og foretatt etterkontroll.

Utdeling av legemidler

Ifølge de ansatte som ble intervjuet ble legemidler delt ut av sykepleiere eller fagutdannede ansatte med dispensasjon for utdeling av medisiner.

Sykehjemmet hadde sammen med tilsynsfarmasøyten utarbeidet et medisinkurs for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Etter bestått kursprøve fikk den ansatte dispensasjon for utdeling av legemidler. På de undersøkte avdelingene forelå det dokumentasjon i form av dispensasjoner for legemiddelutdeling for et antall hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Disse var signert av sykepleier og institusjonslederen.

Ifølge ansatte vi intervjuet skulle medisinkardex også sjekkes før utdeling av legemidler til den enkelte beboer. Pleierne oppga at de ikke hadde nøyaktig kjennskap til alle tabletters form og utseende. Det ble sjekket ved å telle om antallet tabletter i dosett stemte overens med det som var oppgitt i kardex, samt gjennom den generelle kjennskapen pleieren hadde til medisinenes utseende. Medisinen skulle deretter deles ut til beboer og tas under pleiers påsyn. Det skulle kvitteres for utdelingen i kardex.

Under observasjon så vi at sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere sto for utdeling av legemidler. Vi så ingen eksempler på at ved-

kommende som delte ut legemidler fra dosett overlot den faktiske utdelingen til andre. I alle tilfellene vi undersøkte hadde vedkommende som delte ut medisin dispensasjon for dette eller var sykepleier. Kardex ble signert fortløpende ved medisinutdelingen.

Vi observerte at pleierne så til at beboeren tok utleverte legemidler, med unntak av et par tilfeller. En gjennomgang av fire medisinkardexer viste at pleierne i hovedsak hadde kvittert for utdeling. Det manglet imidlertid noen få signaturer i hver kardex.

Avviksbehandling

Tilsynsfarmasøyten kommenterte en underrapportering av avvik i sin årsrapport for 2010. Kvalitetsrevisjonen i regi av Helse- og velferdsetaten hadde også en merknad om mulig underrapportering av avvik i legemiddelhåndteringen.

Den ene avdelingen var på undersøkelsestidspunktet i ferd med å gå over til elektronisk registrering og behandling av avvik. Avvik knyttet til legemiddelhåndtering ble ifølge avdelingsleder registrert i det elektroniske systemet. Systemet var imidlertid så nylig tatt i bruk at avdelingslederen ikke kjente til systemets statistikkfunksjoner. Ifølge avdelingslederen kunne det godt hende at det ble skrevet få avvik. På den andre avdelingen så vi enkelte eksempler på avviksregistreringer på papir knyttet til legemidler. Avdelingsleder viste til at noen avvik ble nedskrevet, særlig ved alvorlige avvik, men hun mente det var en underrapportering på dette.

Oppbevaring av legemidler

Sykehjemmets tilsynsfarmasøyt gjennomgikk i november 2010 medisinskap/rom på to avdelinger ved sykehjemmet. Farmasøyten hadde enkelte merknader, blant annet til merking av hyller og plassering av noen av medikamentene ved én avdeling. Avdelingslederen viste til at tilsynsfarmasøytens merknader var ordnet opp i, blant annet i forbindelse med at avdelingen i etterkant hadde flyttet medisinnrommet.

Beboernes dosetter ble oppbevart i egne traller. Vi observerte ingen tilfeller der ulåste traller var uten tilsyn av pleieren som delte ut medisin. I ett tilfelle observerte vi at det var satt fram medisin uten tilsyn til en beboer.

Rapport/dokumentasjon av effekt av medisin

Ifølge lege og sykepleiere vi intervjuet gikk kommunikasjonen om effekt av legemidler i hovedsak fra sykepleier til lege. Før legevisitten innhentet sykepleierne informasjon fra pleierne. Informasjonen ble videreformidlet til legen sammen med sykepleiernes egne observasjoner. Ifølge legen kunne også annet pleiepersonell og pårørende involveres.

Som nevnt i kapittel 2.2 hadde Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjon fra 2010 kommentarer om noe manglende dokumentasjon av effekt av eventuell-medisin. Vår stikkprøve av medisinkardex til tre beboere viste at effekten av *eventuell-medisin* ikke alltid var dokumentert. Legejournalen og medisinkardex inneholdt informasjon om effekter av fast medisin.

En sykepleier sa at effekt av legemidler ble rapportert og journalført, men at dette ikke alltid

fungerte 100 prosent. Hun pekte på at det kunne være utfordringer med vikarer og rapportering av effekt av medisiner.

3.5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Sykehjemmet hadde detaljerte rutiner og prosedyrer på legemiddelområdet. Under våre observasjoner ble istandgjøring og utdeling av legemidler i all hovedsak foretatt i henhold til regelverket og sykehjemmets egne prosedyrer. Pleierne så videre ut til å passe på at medisintrallene ikke skulle stå åpne uten tilsyn.

Informasjonen fra ansatte om avviksregistreringer, kan tyde på at ikke alle avvik i legemiddelhåndteringen ble registrert. Det var heller ikke tilfredsstillende at avdelingen som hadde gått over til elektronisk avviksrapportering ikke hadde tilgang (ev. manglet kjennskap til funksjonaliteten) til oversikter eller statistikk over avvik.

Sykehjemmet så også ut til å ha et forbedringspotensial vedrørende dokumentasjon av effekt av eventuell-medisiner. Dette er medisiner som beboeren ikke benytter fast, men som kan gis ved behov.

4. Sentrale vurderinger, konklusjon og anbefalinger

Vi har undersøkt kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet ved Smestadhjemmet i første halvdel av 2011, med hovedfokus på to somatiske langtidsavdelinger ved sykehjemmet.

Smestadhjemmet er som andre sykehjem i Oslo kommune i en stadig endringsprosess. På undersøkelsestidspunktet var sykehjemmet i gang med å implementere Gerica som er et elektronisk pasientjournalssystem. Sykehjemmet var også i ferd med å gå over til Kvalitetslosen som er Sykehjemsetatens felles kvalitetssystem, samt enkelte andre systemer og prosedyrer. Fullstendig implementering av disse systemene vil kunne føre til andre konklusjoner på de områdene Kommunerevisjonen har undersøkt.

4.1 Sentrale vurderinger

Basert på vår undersøkelse fant vi at Smestadhjemmet hadde både positive trekk og forbedringsbehov ved sitt tjenestetilbud.

Positive trekk ved sykehjemstilbudet

Det var flere positive trekk ved kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet ved Smestadhjemmet. Dette gjaldt særlig følgende:

- Sykehjemmet var i gang med å innføre Sykehjemsetatens elektroniske kvalitetssystem *Kvalitetslosen*.
- Det ble gjennomført inntakssamtaler og det var informert om måltider og aktiviteter mv. på oppslagstavler. Alle beboere hadde en primærkontakt.
- Sykehjemmet hadde beboerrom, fellesarealer og utstyr som stort sett var tilrettelagt for beboernes behov. Blant annet hadde de aller fleste beboerne eget rom med toalett og dusj. Sykehjemmets tre dublettrom ga mulighet for at ektefeller kunne bo sammen.
- De fleste fast ansatte var faglærte. Planlagt bemanning var innenfor Sykehjemsetatens veiledende bemanningsnorm. Sykehjemmet hadde iverksatt flere kompetansetiltak for de ansatte.

- Pasienttilbudet knyttet til daglig stell og behandling av sår fremsto som tilfredsstillende.
- Beboerne fikk i all hovedsak legge seg når de ønsket.
- Sykehjemmet hadde et nokså variert tilbud av organiserte felles aktiviteter og kulturtilbud.
- Sykehjemmet hadde et bredt tilbud til frokost og kveldsmat av pålegg, grøt, egg mv. De som trengte hjelp under måltidene fikk det i de situasjonene vi observerte. Det var stort sett hyggelig stemning under måltidene og beboerne fikk tilstrekkelig tid og ro til å spise.
- Renholdet fremstod i hovedsak som tilfredsstillende.
- Istandgjøring og utdeling av legemidler ved sykehjemmet var stort sett godt ivaretatt.

Forbedringsbehov

Vi har samtidig funnet betydelige mangler eller forbedringsbehov. Dette gjaldt særlig følgende:

- Sykehjemmet hadde ikke et tilstrekkelig helhetlig, dokumentert og oppdatert internkontroll- og kvalitetssystem, blant annet var det manglende systematikk i behandling av avvik, klager og resultater fra undersøkelser.
- Sykehjemmet hadde et forbedringspotensial knyttet til dokumentasjonen av status, planer og tiltak i journalen og annen pasientdokumentasjon for enkeltbeboere.
- Sykehjemmets skriftlige informasjon til beboere og pårørende kunne vært bedre. Vi savnet standardisert skriftlig informasjon i forbindelse med innflytting, blant annet om kommunens kvalitetskrav og klageordninger.
- Deler av sykehjemmet hadde behov for oppussing.
- Ved enkelte vakter var det en stor andel ufaglærte og vikarer, dette gjaldt særlig i helgene. Enkelte pleieansatte behersket ikke norsk godt nok.

- Sykehjemmet hadde i begrenset grad en systematisk tilnærming til vurdering av samlet kompetansebehov, for eksempel gjennom en kompetansekartlegging opp mot myndighetskrav. Sykehjemmet så også ut til å ha mangelfull kompetanse på områdene ernæring og Gerica.
- Det tverrfaglige samarbeidet ved sykehjemmet var for begrenset.
- Det var indikasjoner på at tannstellet ikke alltid var tilfredsstillende. Det fysiske tilbudet syntes samlet sett for begrenset.
- Det er grunn til å stille spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad var tilrettelagt for den enkelte behov for sosial kontakt og aktiviteter. Dette gjelder også særskilte tiltak rettet mot gruppene av klare beboere og beboere med kognitiv svikt.
- Beboerne ble i liten grad tilbudt og servert frukt. Sykehjemmet hadde ikke alternative middagsmenyer.
- Det var mangler ved den ernæringsmessige oppfølgingen ved at beboere som hovedregel ikke ble veid månedlig.
- Det var ikke tilfredsstillende at pleiepersonell som deltok i stell også serverte mat uten bruk av forklede eller liknende.
- Trolig ble ikke alle avvik i medisinbehandlingen registrert. Effekter av eventuell-medisin ble ikke alltid dokumentert.

4.2 Konklusjon

Samlet sett viser undersøkelsen at tilbudet ved Smestadhjemmet var tilfredsstillende på mange områder, samtidig som det var klare behov for forbedringer for å sikre en kvalitativt god pleie- og omsorgstjeneste til beboerne. Kommunerevisjonen vil særlig påpeke svakhetene knyttet til:

- Sykehjemmets internkontroll- og kvalitetssystem, for eksempel systematisk oppfølging av avvik, klager og resultater fra undersøkelser.
- Dokumentasjon av status, planer og tiltak for den enkelte beboer.

- Daglig oppfølging – undersøkelsen gir indikasjoner på at tannstellet ikke alltid var tilfredsstillende, at ikke alle som trengte det fikk tilstrekkelig fysisk behandling og at det var lite aktivisering og stimulering av beboere i det daglige.

4.3 Anbefalinger

Basert på undersøkelsen har vi følgende anbefalinger til forbedringer i sykehjemmets systemrettede arbeid:

- At prosessen med å etablere et helhetlig, dokumentert og oppdatert internkontroll- og kvalitetssystem fullføres.
- At pasientdokumentasjon som journaler og planer holder tilfredsstillende kvalitet, og at den er enhetlig og oversiktlig - i den forbindelse mener vi det er viktig at sykehjemmet fullfører implementeringen av det elektroniske fagsystemet Gerica.
- At alle beboere får viktig og nødvendig informasjon skriftlig ved innflytting.
- At det vurderes tiltak for å redusere andelen ufaglærte og vikarer ved enkelte vakter, og at sykehjemmet sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse, herunder også tilfredsstillende ferdigheter i norsk.

Når det gjelder tjenestetilbudet ved sykehjemmet, anbefaler vi at det iverksettes tiltak for å sikre:

- Tilfredsstillende daglig tannstell og fysisk behandling for beboere med slikt behov.
- Mer aktivisering og stimulering av beboerne i det daglige.
- Valgmulighet når det gjelder middager.
- Månedlig veiing av beboerne.
- Tilfredsstillende hygiene ved pleiepersonalets håndtering av mat.
- Tilfredsstillende registrering av avvik i legemiddelbehandlingen og at effekter av eventuell-medisin dokumenteres.

5. Mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens kommentarer til høringsuttalelsene

Rapporten ble 30.09.2011 sendt daværende byråd for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten og Smestadhjemmet til uttalelse. Vi har mottatt uttalelser til rapporten fra Sykehjemsetaten i brev av 25.10.2011 og fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i brev av 01.11.2011. Uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg til rapporten.

Nedenfor oppsummerer og vurderer Kommunerevisjonen mottatte uttalelser.

5.1 Uttalelse fra Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten skriver i sin tilbakemelding at rapporten oppfattes som nyttig. Det vises videre til at sykehjemmet har opplevd kommunikasjonen med Kommunerevisjonen som god, og har ellers ingen innvendinger til undersøkelsens metode, revisjonskriterier eller konklusjoner og anbefalinger.

Varslede tiltak

Sykehjemsetaten skriver at det vil bli iverksatt en rekke tiltak både fra Sykehjemsetaten sentralt og lokalt på bakgrunn av rapportens anbefalinger. Det vises videre til at sykehjemmet i løpet av høsten 2011 vil utarbeide en overordnet plan som blant annet omfatter kompetansetiltak og samarbeid ved sykehjemmet. Arbeidet med denne planen vil sluttføres i desember 2011. Det skal deretter arbeides med en mer detaljert plan for oppfølging av rapporten. Dette arbeidet vil ifølge Sykehjemsetaten ta lenger tid da dette forutsetter tilsettelse av ny fagutviklingssykepleier.

Sykehjemsetaten redegjør videre for en rekke tiltak som vil bli iverksatt på alle områdene som er omfattet av undersøkelsen. Eksempler på tiltak var:

- Undervisning og implementering av Sykehjemsetatens kvalitetssystem, *Kvalitetslosen*.
- Alle medarbeidere på Smestadhjemmet skal dokumentere på Gericap per 01.12.2011.
- Alle pasienter skal ha tiltaksplan innen årets utgang.

- Det skal være utarbeidet en felles informasjonsbrosjyre til utdeling ved innkomst innen 15.12.2011.
- Tannhygiene vil bli tatt inn i opplæringsplanene.
- Sykehjemmet skal arbeide for at alle beboere får en tilpasset ernæringsplan.

5.2 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester skriver i sin tilbakemelding at rapporten er nyttig og at rapportens anbefalinger er konkrete og hensiktsmessige for deres videre arbeid på området.

Varslede tiltak

Byrådsavdelingen skriver at den fra høsten 2011, gjennom styringsdialogen med Sykehjemsetaten, vil følge opp at etaten iverksetter tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling, slik at kvaliteten på sykehjemstilbudene ved Smestadhjemmet er i henhold til bystyrevedtak, lover og forskrifter.

Byrådsavdelingen viser videre til at den vil følge opp Sykehjemsetatens arbeid med innføring av det helhetlige, elektroniske kvalitetssystemet *Kvalitetslosen* i alle kommunale sykehjem. Det vises også til at byrådsavdelingen løpende vil arbeide for videreføring av kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjemmene.

5.3 Kommunerevisjonens kommentarer til uttalelsene

Kommunerevisjonen merker seg at Sykehjemsetaten og Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester opplever rapporten som nyttig og har iverksatt eller vil iverksette tiltak i tråd med rapportens anbefalinger og konklusjoner.

Verken Sykehjemsetaten eller byrådsavdelingen har innvendinger til prosess, dialog eller selve rapporten fra undersøkelsen.

Referanser

a) Referanser fra Oslo kommune

Byrådets årsberetning 2010

Bystyresak 204/99: Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene

Helse- og velferdsetaten 2011: Brukertilfredshet blant beboere ved sykehjem i Oslo kommune.
Brukerundersøkelse blant beboere i Oslo kommunes sykehjem 2010.

Helse- og velferdsetaten 2011: Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo kommune 2010.

Helse- og velferdsetaten 2010/2011: Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i oslo kommune.

Helse- og velferdsetaten 2010: Revisjonsrapport 2010 – Smestadhjemmet

Helse- og velferdsetaten 2010: Revisjonsrapport 2008 – delrapport Smestadhjemmet

Helse- og velferdsetaten 2008: Revidert mal for internkontroll mat i Oslo kommune

Helse- og velferdsetaten 2005: Mellommåltider i aldersinstitusjoner. Temaark for pleie- og omsorgsinstitusjoner

Statistisk årbok 2010

Sykehjemsetaten 2011: Rapport – kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner 2010

Sykehjemsetatens årsberetning 2010

Sykehjemsetaten 2010: Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i sykehjem i Oslo (revider mai 2010)

Sykehjemsetaten/PWC 2010: Kompetansekartlegging og kompetansehevingsplan for norsk og IKT i Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten 2009: MBU-sak 27/09 – Prosjekt mulighetsrom – delprosjekt bemanning

Sykehjemsetaten 2008: MBU-sak 47/2008 – prosjekt mulighetsrom – delprosjekt bemanning

Sykehjemsetaten (ikke datert): Demens og kognitiv svikt (brosjyre)

b) Eksterne referanser

Arbeidstilsynet 2011: Brev av 18.04.2011 til Sykehjemsetaten. Tilsynsrapport og varsel om pålegg - Smestadhjemmet

Forskrift 14.11.1988 nr. 932 om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (forskrift om sykehjem mv.)

Forskrift 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)

Forskrift 21.12.2000 nr. 1385 om pasientjournal (forskrift om pasientjournal)

Forskrift 17.06.2005 nr. 610 om smittevern i helsetjenesten (forskrift om smittevern i helsetjenesten)

Forskrift 03.03.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)

Forskrift 27.06.2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (kvalitetsforskriften)

Forskrift 15.12.1994 nr. 1187 om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (internkontrollforskriften for næringsmidler)

Forskrift 20.08.1999 nr. 955 om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr

Lov 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)

Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

Lov 02.07.1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Lov 30.03.1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenestene (lov om statlig tilsyn med helsetjenesten)

Lov av 19.12.2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet (matloven)

Helsedirektoratet 2010: *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i Sosial- og helsetjenesten.* (IS-1183)

Helsedirektoratet 2009: *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.* (IS-1580)

Sosial- og helsedirektoratet 2007: *Glemsk, men ikke glemt!* (IS-1486)

Tabelloversikt

Tabell 1 Pårørendeundersøkelse 2010 - Informasjon og kommunikasjon	19
Tabell 2 Planlagt bemanning ved undersøkte avdelinger	23
Tabell 3 Tidspunkt for matservering på avdeling 2 og 3	32

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier utgjør den målestokk som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen bygger på lover, forskrifter og anerkjente standarder.

Revisjonskriteriene undersøkelsen er i hovedsak hentet fra (navn i kortform i parentes):

- Lov 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)³³
- Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov 02.07.1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Lov 30.03.1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenestene
- Forskrift 14.11.1988 nr. 932 om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (forskrift om sykehjem mv.)
- Forskrift 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)
- Forskrift 21.12.2000 nr. 1385 om pasientjournal (forskrift om pasientjournal)
- Forskrift 03.03.2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)
- Forskrift 27.06.2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (forskr. kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, vi benytter i det videre kortformen *kvalitetsforskriften*)
- Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene, behandlet av bystyret 21.04.1999 (sak 204)

I det følgende vil vi presentere revisjonskriteriene og grunnlaget for disse.

Internkontroll, kvalitetssystem og forbedringsarbeid (jf. kap 2.1)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Sykehjemmet skal ha et internkontrollsystem og kvalitetssystem som sikrer systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til kvalitet i tjenestetilbudet.* (Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3, forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4, anerkjente prinsipper for kvalitetssystem og kvalitetsstyring f.eks. ISO 9001)
- *Dokumentasjonen av internkontrollen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.* (Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten)

Krav om internkontroll i helsetjenesten fremgår av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3:

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

³³ Kommunehelsetjenesteloven vil bli erstattet av lov 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. På undersøkelsestidspunktet er det ikke opplyst når ny lov trer i kraft.

Formålet med et system for internkontroll er å imøtekomme myndighetskrav. Offentlige virksomheter, så som Sykehjemsetaten har gjerne et kvalitetssystem som også omfatter virksomhetens internkontrollsystem. Kvalitetssystemer, som for eksempel beskrevet i ISO 9001, har som formål å ivareta virksomhetens, herunder kommunens egne krav, samt krav og forventninger fra brukere og andre interessenter. For å unngå kompliserte grensedragninger har vi enkelte steder benyttet begrepet internkontroll- og kvalitetssystem.

Kravene til innholdet i virksomhetens internkontrollsystem utdypes i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 (her gjengis kun enkelte punkter):

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtrjedelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Forskriften § 5 stiller krav om at dokumentasjonen av internkontroll skal være oppdatert og tilgjengelig:

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Helsedirektoratets veileder *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i Sosial- og helsetjenesten* inneholder utfyllende fortolkninger og presiseringer av forskriften. Vi har benyttet veilederen for å tydeliggjøre og kontekstualisere hva et internkontrollsystem bør inneholde.

Pasientdokumentasjon, journaler og planer (jf. kap 2.2)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Sykehjemmet skal ha et pasientjournalsystem og legge til rette for at journalen kan føres fortløpende.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. §§ 39 og 40 og journalforskriften §§ 4 og 7)
- *Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient. Journalen kan deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. journalforskriften § 5)
- *Pasientjournaler skal oppbevares slik at uvedkommende ikke får adgang til dem.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. journalforskriften § 14)

- *Journalen bør inneholde nedtegnelser av observasjoner, vurderinger, beslutninger og utførte handlinger som gjøres i forbindelse med helsehjelpen. (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 40 og journalforskriften § 8)*
- *Beboere med permanent opphold skal gis tilbud om å få utarbeidet en kvalitetsplan. Kvalitetsplanen skal, om mulig, utarbeides i samarbeid med den enkelte og pårørende, og skal gjennomgås og justeres minst hver 6. måned. (Bystyresak 204/99)*
- *Pasientjournal skal inneholde planer for pleie og annen oppfølging av beboere. (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 40 og journalforskriften § 8)*

Vi redegjør først for bestemmelsene knyttet til journalføring som er aktuelle for de fleste revisjonskriteriene i dette delkapitlet. Først kommenteres bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Deretter redegjør vi for journalforskriftens ulike bestemmelser i lys av revisjonskriteriene. Til sist redegjør vi for kravet om kvalitetsplan.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a angir kommunens tilretteleggingsplikt for at aktører i helsetjenesten skal kunne overholde lovverket:

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

I kommunehelsetjenesteloven § 6-3 første ledd fremkommer at kommunen har ansvar for at helsetjenestene er forsvarlige, om enn på en indirekte måte:

Statens helsetilsyn fører medisinsk-faglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte.

Helsepersonelloven § 16 første ledd angir at virksomheter skal organiseres på en slik måte at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte plikter:

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Helsepersonelloven § 39 første ledd angir helsepersonellens plikt til å føre journal:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

Helsepersonelloven § 40 første ledd utdyper innholdet i hva som skal føres i journal:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

I det følgende presenteres aktuelle bestemmelser fra journalforskriften som er benyttet i dette delkapitlet.

Forskrift om pasientjournal § 4 første punktum:

Virksomhet hvor det ytes helsehjelp må opprette pasientjournalssystem.

§ 5 første, tredje og fjerde ledd:

Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten.

Der det ikke er hensiktsmessig med en samlet journal, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.

§ 7 annet ledd:

Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

§ 8 første ledd bokstav f:

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:
f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.

§ 14 første ledd:

Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkommende ikke får adgang til dem.

Delkapitlets siste revisjonskriterium dreier seg om kravet om kvalitetsplan. Følgende utdrag fra bystyresak 204/99 er aktuelt:

Det skal innføres kvalitetsplaner i sykehjem/boform for heldøgns pleie og omsorg.

Tilbudet i institusjonen skal tilpasses den enkelte i tråd med en kvalitetsplan. Kvalitetsplan skal tilbys alle langtidsbeboere i institusjon, og medbestemmelse skal sikres ved at den enkelte skal være delaktig i utformingen av egen kvalitetsplan. Planen skal gjennomgås og eventuelt justeres hver 6. måned.

Informasjon og kommunikasjon (jf. kap 2.3)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Den enkelte skal gis skriftlig informasjon om institusjonens daglige rutiner og aktivitetstilbud, Oslo kommunes kvalitetskrav til tjenesten og hvilke klageinstanser som finnes. (Bystyresak 204/99)*
- *Sykehjemmet bør tilrettelegge for god dialog og samarbeid med beboere og pårørende. (Kvalitetsforskriften § 3, forskrift om sykehjem mv. § 4-9, bystyresak 204/99)*

- *Alle beboere skal ha en egen kontaktperson, som også er kontaktperson for ev pårørende. Informasjon om dette skal foreligge skriftlig. (Bystyresak 204/99)*

Vedrørende delkapitlets første og siste revisjonskriterium er følgende utdrag fra bystyresak 204/99 aktuelt:

Skriftlig informasjon skal som et minimum inneholde beskrivelse av institusjonenes daglige rutiner og aktivitetstilbud. Den enkelte skal dessuten i skriftlig form gjøres kjent med Oslo kommunes kvalitetskrav til tjenesten, og hvilke klageinstanser som finnes. Øvrig skriftlig og muntlig informasjon skal tilpasses den enkeltes behov.

Alle beboere skal ha en egen kontaktperson, som også er kontaktperson for evt. pårørende/verge/hjelpeverge. Det skal foreligge skriftlig informasjon om hvem som er kontaktperson og ansvarlig sykepleier for den enkelte. Det skal foreligge skriftlig informasjon om hvem som er kontaktperson og ansvarlig sykepleier for den enkelte.

Delkapitlets andre revisjonskriterium er utledet fra flere kilder. Kvalitetsforskriften § 3 andre punktum omhandler kommunens plikt til å etablere systemer/prosedyrer blant annet knyttet til medbestemmelse for bruker og pårørende. Bestemmelsen lyder:

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.

Forskrift om sykehjem mv. § 4-9 omtaler beboernes og ev. pårørendes medbestemmelse og innvirkning på tjenestetilbudet:

Beboerne skal på forhånd orienteres om forslag til endringer av betydning for deres liv og trivsel i boformen, og gis anledning til å uttale seg.

Dersom boformen har barn blant sine beboere, skal også verge/ hjelpeverge eller pårørende på forhånd orienteres om forslag til endringer av betydning for barnets liv og trivsel i boformen, og skal gis anledning til å uttale seg.

Ledelsen for boformen skal så langt det er mulig ta hensyn til beboerens, vergens/ hjelpevergens eller de pårørendes synspunkter.

I bystyresak 204/99 gjelder følgende om medbestemmelse og samarbeid:

Gjennom medbestemmelse i utformingen av tjenestetilbudet skal det sikres at de grunnleggende behov ivaretas med utgangspunkt i den enkeltes egenverd og livsførsel, og med sensitivitet for etnisk bakgrunn og livssyn.

Pasientrettighetsloven kapittel 3 og helsepersonelloven kapittel 5 regulerer henholdsvis pasienters og pårørendes rett til medvirkning og informasjon og helsepersonells taushetsplikt og opplysningsrett. Kommunerevisjonen har i denne sammenheng ikke benyttet disse lovene i utledning av kriteriene da kjernen i hva vi har sett på har vært informasjonen mellom sykehjemmet/avdelingene som organisatorisk enhet og beboerne som gruppe. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven retter seg i større grad mot kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient i en situasjon der helsehjelp gis.

Lokaler og utstyr (jf. kap 2.4)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Lokalene skal ha en størrelse og utforming som er hensiktsmessig i forhold til beboernes funksjonshemminger og behov for behandling, pleie og assistanse.* (Forskrift om sykehjem mv. §§ 4-1 og 4-2)
- *Beboerrommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen.* (Forskrift om sykehjem mv. § 4-1)
- *Beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold.* (Forskrift om sykehjem mv. § 4-3)
- *Den enkelte bør ha mulighet for ro og skjermet privatliv, herunder å kunne motta besøk.* (Kvalitetsforskriften § 3 og forskrift om sykehjem mv. § 4-5)
- *Sykehjemmet skal ha et alarm- og tilkallingssystem som sikrer den enkelte beboer trygghet og forutsigbarhet.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4, kvalitetsforskriften § 3 og bystyresak 204/99)
- *Sykehjemmet skal ha tilstrekkelige hjelpemidler og utstyr for å ivareta beboernes behov.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4, Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i sykehjem i Oslo pkt. 4.2.1, kvalitetsforskriften § 3)
- *Sykehjemmet må sørge for nødvendig vedlikehold og reparasjon av utstyr og hjelpemidler.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4 og forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr § 15)

Flere bestemmelsene i forskrift om sykehjem mv. er sentrale for revisjonskriteriene i dette delkapitlet. Under følger ordlyden til de sentrale bestemmelsene:

§ 4-1:

Ved utformingen av bygningen(e) skal det tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne. Bygninger over en etasje skal ha heis.

Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stedet av sengeliggende pasienter. Rommene bør ha uttak for telefon. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom.

§ 4-2:

Boformen skal ha:

- a) nødvendige rom tilrettelagt for å ivareta beboernes hygiene
- b) tilfredsstillende kjøkken- og vaskerifunksjoner
- c) funksjonell møblering og belysning.

§ 4-3:

Beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold.

§ 4-5:

Beboerne skal fritt kunne motta besøk.

Vedrørende revisjonskriteriet om “den enkeltes mulighet for ro og skjermet privatliv...” har vi også henvist til kvalitetsforskriften § 3 annet ledd sjette strekpunkt. Denne lyder:

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

(...)

- mulighet for ro og skjermet privatliv

Knyttet til kravene til sykehjemmets alarm- og tilkallingssystem har vi vist til kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3 første ledd og helsepersonelloven § 16, jf. § 4 første ledd. Disse bestemmelsene, med unntak av helsepersonelloven § 4 første ledd, har vi redegjort for tidligere. Under dette revisjonskriteriet har vi videre vist til kvalitetsforskriften § 3 annet ledd, første og syvende strekpunkt. Bestemmelsen lyder:

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- (...)få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)

I bystyresak 204/99 framkommer følgende i 1.2:

Den enkelte beboer [...] skal oppleve trygghet og forutsigbarhet...

Helsepersonelloven § 4 første ledd:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Knyttet til revisjonskriteriet “Sykehjemmet skal ha tilstrekkelige hjelpemidler og utstyr for å ivareta beboernes behov” er det som over henvist til bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og helsepersonelloven som vi tidligere har redegjort for. Videre har vi henvist til inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud pkt. 4.2.1. Her framkommer følgende:

Ved opphold i somatiske enheter for langtidsopphold i sykehjem tilstreber Sykehjemsetaten å tilby følgende:

Sjette kulepunkt: “Nødvendig utstyr for å ivareta den sykepleiefaglige oppfølgingen.”

Vi har også benyttet kvalitetsforskriften § 3 annet ledd tiende strekpunkt:

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- (...)
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand

Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr § 15 innehar krav til vedlikehold av elektromedisinsk utstyr (eks pasientløftere). Bestemmelsen har følgende ordlyd:

Elektromedisinsk utstyr skal vedlikeholdes på en planlagt og systematisk måte slik at det til enhver tid er sikkert og kan brukes uten fare for skade på mennesker, dyr og materielle verdier.

Bemanning, kompetanse og samarbeid (jf. kap 2.5)

Følgende revisjonskriterium ligger til grunn for vår vurdering:

- *Sykehjemmet skal ha tilstrekkelig antall ansatte, og personell med nødvendig kompetanse for å sikre at beboerne til rett tid får faglig forsvarlig behandling, pleie, omsorg og bistand. (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4, forskrift om sykehjem mv. § 3-2, kvalitetsforskriften § 3, internkontrollforskriften §§ 3 og 4c og bystyresak 204/99).*

I revisjonskriteriet ligger det implisitt et krav om samhandling og samarbeid mellom helsepersonell.

Vi vil først omtale kravet til tilstrekkelig antall ansatte og nødvendig kompetanse hos ansatte. Deretter redegjør vi for kravet til at helsepersonell samhandler. Det finnes ikke bestemmelser som nøyaktig angir krav til antall ansatte ved en institusjon eller som uttømmende lister opp krav til de ansattes kompetanse.

Vi har tidligere presentert ordlyden til kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3 første ledd og helsepersonelloven § 16 jf. § 4. Disse bestemmelsene omhandler forsvarlighetsplikten til helsepersonell og institusjonenes tilretteleggingsplikt for å medvirke til at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte oppgaver. At det sikres tilstrekkelig antall ansatte på vakt, samt at de ansatte har nødvendig kompetanse, må regnes som innen kjerneområdet for bestemmelsen om institusjonens tilretteleggingsplikt. Forskrift om sykehjem mv. § 3-2 d. (se ordlyden nedenfor) og bystyresak 204/99 innehar også krav om nødvendig antall helsepersonell.

Knyttet til kravet om nødvendig kompetanse stilles det i internkontrollforskriften § 3 og § 4c krav til systematiske tiltak for å sikre at myndighetskrav overholdes, herunder nevnes kompetansetiltak i § 4c. Bestemmelsenes ordlyd er tidligere presentert under vedleggets delkapittel om internkontroll mv. I helsedirektoratets veileder til forskriften er det nevnt at en god tilnærming til feltet blant annet forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov.

Forskrift om sykehjem mv. § 3-2 angir følgende om ansatte ved sykehjem:
Boformen skal ha tilknyttet:

- a) en administrativ leder
- b) en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling
- c) en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien
- d) det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.

Bystyresak 204/99:

Det skal være tilstrekkelig personell til at beboerne kan få den bistand de behøver til rett tid.

Helsepersonelloven § 4 annet ledd omtaler helsepersonells plikt til samarbeid og samhandling. Bestemmelsen lyder:

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Kvalitetsforskriften § 3 første ledd har også en omtale av kravet til samhandling:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- (...)
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten

Personlig hygiene, sårbehandling, fysikalsk oppfølging (jf. kap 3.1)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Beboerne bør gis mulighet til selv å ivareta egenomsorg og skal om nødvendig få tilpasset hjelp.* (Kvalitetsforskriften § 3)
- *Det skal være tilstrekkelig personell til at beboerne kan få den bistand de behøver til rett tid.* (bystyresak 204/99)
- *Beboere skal få tilpasset hjelp til daglig munnhygiene.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4, kvalitetsforskriften § 3, bystyresak 204/99)
- *Sykehjemmet må sørge for tilfredsstillende forebygging og behandling av sår.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4)
- *Beboere skal ha nødvendig tilgjengelighet til rehabilitering.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4, forskrift om habilitering og rehabilitering § 7, kvalitetsforskriften § 3, bystyresak 204/99)

Knyttet til overnevnte revisjonskriterier har vi tidligere vist til kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3 første ledd og helsepersonelloven § 16 jf. § 4. Disse bestemmelsene omhandler forsvarlighetsplikten til helsepersonell og institusjonenes tilretteleggingsplikt for å medvirke til at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte oppgaver. Vi har tidligere presentert bestemmelsenes ordlyd.

I delkapitlets første revisjonskriterium er det vist til kvalitetsforskriften § 3. I bestemmelsens annet ledd åttende og ellefte strekpunkt angis at kommunen skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstillt grunnleggende behov. Inn under grunnleggende behov er blant annet “mulighet til selv å ivareta egenomsorg” og “nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene” listet opp.

Videre har vi i revisjonskriterium nummer to henvist til at "Det skal være tilstrekkelig personell til at beboerne kan få den bistand de behøver til rett tid". Dette følger ordrett av et strekpunkt fra bystyresak 204/99.

Delkapitlets tredje revisjonskriterium "Beboere skal få tilpasset hjelp til daglig munnhygiene" følger ordrett av et strekpunkt fra bystyresak 204/99. I tillegg har vi her henvist til kvalitetsforskriften § 3 annet ledd ellefte strekpunkt om "nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene", som er nevnt tidligere.

Revisjonskriteriet om forebygging og behandling av sår bygger på tidligere nevnte forsvarlighetsplikten til helsepersonell og institusjonenes tilretteleggingsplikt for å medvirke til at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte oppgaver (jf. helsepersonelloven § 16, jf. § 4).

Revisjonskriteriet om nødvendig tilgang til rehabilitering blant annet bygger på den tidligere nevnte forsvarlighetsplikten til helsepersonell og institusjonenes tilretteleggingsplikt for å medvirke til at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte oppgaver (jf. helsepersonelloven § 16, jf. § 4). Vi har videre nevnt kvalitetsforskriften § 3 annet ledd tiende strekpunkt som angir at det skal finnes prosedyrer for blant annet rehabilitering.

Forskrift om rehabilitering og habilitering § 7 annet og fjerde ledd angir følgende:

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering, jf. forskriften § 1 og § 2.

[...]

Re-/ habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av brukerens boform.

I tillegg sier bystyresak 204/99 følgende:

Beboere skal ha nødvendig tilgjengelighet til lege, medisinsk behandling og rehabilitering.

Aktiviteter og stimulering (jf. kap 3.2)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Det skal legges til rette for trivsel ved at den enkeltes behov for sosial kontakt og aktivitet blir ivaretatt.* (Forskrift for sykehjem mv. § 4-4 og bystyresak 204/99)
- *Sykehjemmet bør gi beboerne et tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.* (Kvalitetsforskriften § 3 og bystyresak 204/99)
- *Beboerne bør ha mulighet til å følge en normal livs- og døgnrytme.* (Forskrift for sykehjem mv. § 4-4 og kvalitetsforskriften § 3)

Forskrift om sykehjem mv. § 4-4 sier følgende om tilrettelegging for trivsel ved sykehjemmet:

Beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere.

Bystyresak 204/99 omtaler også sykehjemmets tilrettelegging for trivsel. Følgende blir sagt:

Det skal legges til rette for trivsel, blant annet gjennom samvær, sosial kontakt, og aktiviteter, samtidig som den enkelte skal ha mulighet for ro og skjermet privatliv.

I vurderingen har vi i tillegg henvist til Sosial- og helsedirektoratet 2007: *Glemsk, men ikke glemt!*, som omhandler tilrettelegging av tilbudet til demente. En generell anbefaling som blir trukket frem i denne, og andre veiledere på feltet er at demente bør bo i små bogrupper og i et oversiktlig bomiljø.

Revisjonskriteriet om at sykehjemmet bør gi beboerne et tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter bygger på overnevnte bestemmelse i bystyresak 204/99. I tillegg legger kvalitetsforskriften § 3 annet ledd fjerde og sekstende strekpunkt føringer for varierte og tilpassede aktiviteter. Bestemmelsen har følgende ordlyd (kun aktuelle strekpunkt er medtatt):

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Delkapitlets siste revisjonskriterium dreier seg om beboernes mulighet til en normal livs- og døgnrytme. Et grunnlag for kriteriet er forskrift om sykehjem § 4-4 som er nevnt over. I tillegg følger det av kvalitetsforskriften § 3 andre ledd femte strekpunkt at det skal nedfelles skriftlige prosedyrer blant annet knyttet til at brukerne kan "følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold".

Måltider og ernæring (jf. kap 3.3)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Beboerne skal tilbys et variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, herunder tilbud om alternative middagsmenyer.* (Kvalitetsforskriften § 3 og bystyresak 204/99)
- *Beboerne skal få tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.* (kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. § 4, kvalitetsforskriften § 3)
- *Beboere skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse i sykehjemmet og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.* (Helsedirektoratet IS-1580)
- *Sykehjemmet bør ha tilfredsstillende hygiene ved tilberedning og servering av mat.* (Matloven § 5, Internkontrollforskriften for næringsmidler (IK-mat forskriften) § 2, IK-mat for sykehjem i Oslo kapittel 4).

Delkapitlets første revisjonskriterium om helsefremmende kosthold, valgfrihet når det gjelder mat samt alternative middagsmenyer bygger på bestemmelser i kvalitetsforskriften § 3 annet ledd tredje strekpunkt. Bestemmelsen lyder:

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og

rimelig valgfrihet i forhold til mat (kun aktuelt strekpunkt er medtatt).
Det følger videre av bystyresak 204/99 at "det skal gis tilbud om alternative middagsmenyer".

I vurderingen under dette kriteriet har vi henvist til Helse- og velferdsetatens temaark om mellommåltider i aldersinstitusjoner. Her presenteres en anbefaling om maksimal nattefaste på 11 timer. Det finnes andre veiledere o.l. som har anbefaler maksimalt 12-13 timer nattefaste.

Delkapitlets andre revisjonskriterium bygger på kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3 første ledd og helsepersonelloven § 16 jf. § 4. Disse bestemmelsene omhandler forsvarlighetsplikten til helsepersonell og institusjonenes tilretteleggingsplikt for å medvirke til at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte oppgaver. Vi har tidligere redegjort for disse bestemmelsene.

Kriteriet bygger også på kvalitetsforskriften § 3 annet ledd trettende strekpunkt. Bestemmelsen lyder:

- For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre å brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

Delkapitlets tredje revisjonskriterium bygger på anbefalinger i Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)

Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. (Kapittel 2.2)

I den sammenheng har vi i utgangspunktet sett på veiing av beboere. Det er klart at veilederens anbefalinger går ut over dette.

Delkapitlets siste revisjonskriterium bygger på matloven § 5. Bestemmelsen angir at sykehjemmet skal sørge for at matloven med forskrifter etterleves. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

Virksomheten skal sørge for at relevante bestemmelser gitt i eller i medhold av denne loven etterleves. Kongen kan gi forskrifter om hvem som er ansvarlig i virksomheten, og om plikt til å gi melding om dette til tilsynsmyndigheten.

Kongen kan gi forskrifter om plikt til å etablere og gjennomføre systematiske kontrolltiltak.

Internkontrollforskriften for næringsmidler § 2 første ledd angir virksomheters krav til etablering av internkontroll. Ordlyden er som følger:

Krav om etablering av internkontroll omfatter alle næringsmiddelvirksomheter som produserer, pakker, lagrer eller omsetter næringsmidler. Kravet gjelder også første mottakssted ved import av næringsmidler. Kravet gjelder ikke primærprodusenter.

Oslo kommune har utarbeidet en egen mal for internkontroll-mat. Følgende er presisert i forordet til revidert utgave av januar 2008.

IK-MAT forskriften stiller krav til hvordan virksomheten sikrer at alle ansatte har den nødvendige kompetanse for å overholde lover og forskrifter. Dersom alle som er i befatning med næringsmidler har god kjennskap til IK-MAT håndboken, vil man være langt på vei med å oppfylle dette kravet (forutsatt at internkontrollen er fullstendig).

IK-mat malen angir anbefalinger for blant annet rutiner på postkjøkken i kapittel 4.0. Vi nevner her enkelte punkter:

- Tilstrekkelig og tydelig merket benkeplass for rene og urene prosedyrer.
- Antrekket skal være rent. Det skal benyttes annet antrekk enn det ved arbeid med beboere, evt. kan det benyttes forkle, helst hellekkende.

Renhold og vask av klær (jf. kap 3.4)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Det skal sikres tilstrekkelig renhold av beboerrom og fellesrom.* (Forskrift om smittevern §§ 2-1, jf. § 2-2 og bystyresak 204/99)
- *Sykehjemmet skal ha tilfredsstillende vaskerifunksjon.* (Forskrift for sykehjem mv. § 4-2)

Det første kriteriet er utledet fra forskrift om smittevern og bystyresak 204/99. I henhold til forskrift om smittevern i helsetjenesten § 2-1 skal sykehjemmet ha et infeksjonskontrollprogram. Forskriften § 2-2 gir nærmere bestemmelser om innholdet i programmet. Vi har i den sammenheng ikke sett på sykehjemmets infeksjonsprogram, men tatt utgangspunkt i bestemmelsen i § 2-2a nr. 1 femte og sjette strekpunkt som sier at det skal foreligge skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak blant annet knyttet til alminnelig renhold og håndtering, rengjøring og desinfeksjon av tekstiler, senger og sengeutstyr.

Revisjonskriteriet er videre basert på bystyresak 204/99. Aktuelt punkt der lyder:
Det skal sikres tilstrekkelig renhold av beboerrom og fellesrom

Det neste kriteriet i delkapitlet er hentet fra forskrift om sykehjem mv. § 4-2. Bestemmelsen lyder:

Boformen skal ha:

- a) nødvendige rom tilrettelagt for å ivareta beboernes hygiene
- b) tilfredsstillende kjøkken- og vaskerifunksjoner

Legemiddelhåndtering (jf. kap 3.5)

Følgende revisjonskriterier ligger til grunn for vår vurdering:

- *Istandgjøring og utdeling av legemiddel til pasient skal skje på grunnlag av ordinering fra lege og i samsvar med virksomhetens skriftlige prosedyrer. Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.* (Forskrift om legemiddelhåndtering § 7)
- *Legemidler skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.* (Forskrift om legemiddelhåndtering § 6)
- *Sykehjemmet må sikre at personalet har tilstrekkelig kompetanse og tid til å observere og rapportere/journalføre om effekten av legemidlene og andre forhold av betydning for legemiddelbehandlingen.* (Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3 og 6-3, helsepersonelloven § 16, jf. §§ 4, 39 og 40 og journalforskriften §§ 7 og 8)

Delkapitlets første revisjonskriterium er nesten ordrett tatt fra § 7 i forskrift om legemiddelhåndtering. I revisjonskriteriet er imidlertid "annet helsepersonell med rekvireringsrett til pasient" tatt bort da dette ikke er aktuelt i gjeldende undersøkelse. bestemmelsen lyder:

Istandgjøring og utdeling av legemiddel til pasient skal skje på grunnlag av ordinerings gjort av lege eller annet helsepersonell med rekvireringsrett til pasient og i samsvar med virksomhetens skriftlige prosedyrer. Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Delkapitlets neste revisjonskriterium er basert på § 6 i forskrift om legemiddelhåndtering. Andre setning er relevant i dette tilfellet:

Legemidler skal oppbevares i henhold til produsentens anvisninger i preparatomtalen. Legemidler skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende.

Delkapitlets siste revisjonskriterium er basert på kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3 og 6-3 første ledd, helsepersonelloven § 16, jf. § 4. Disse bestemmelsene er redegjort for tidligere se eks. revisjonskriteriedelen om pasientdokumentasjon, journaler og planer.

Helsepersonelloven §§ 39 og 40 omhandler plikt til å føre journal og kravet til journalens innhold. Bestemmelsene lyder som følger:

§ 39:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal).

§ 40:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjøring av journal.

Vi har ikke undersøkt alle sider ved bestemmelsene.

Vi har videre tatt utgangspunkt i § 7 annet ledd og § 8 i forskrift om pasientjournal. § 7 angir følgende:

Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

§ 8 inneholder en rekke bestemmelser om innholdet i pasientjournalen. Vi har imidlertid ikke sett systematisk på dette utover kravet om at effekter av medisinbruk skal dokumenteres (jf. punkt f).

Vedlegg 2 Metode og undersøkelsesopplegg

I det følgende gjør vi nærmere rede for datainnsamlingen i forbindelse med undersøkelsen og vår vurdering av dataenes pålitelighet og gyldighet.

De sentrale elementene i prosjektets metode er standard for forvaltningsrevisjon: Først identifiserer vi revisjonskriteriene. Deretter kartlegger og beskriver vi undersøkt virksomhets praksis på aktuelle områder. Beskrivelsen av praksis blir så analysert og drøftet med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

I forbindelse med undersøkelsen ble det engasjert en ekstern fagkonsulent, Astrid Flæten Utnem, som har vært involvert i datainnsamlingen og vurderinger. Konsulenten er utdannet sykepleier og har hovedfag i helserettede emner. På undersøkelsestidspunktet var konsulenten studieleder ved avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse ved sykepleierutdanningen på Diakonhjemmet Høgskole.

Datainnsamling

Prosjektet ble formelt startet ved utsendelse av oppstartsbrev av 02.12.2010 til Smestadhjemmet, Sykehjemsetaten, og byråden for helse og eldreomsorg. Helse- og velferdsetaten fikk også tilsendt oppstartsbrev 16.12.2010. Det ble avholdt oppstartsmøte med sykehjemmet 20.01.2011, og med Sykehjemsetaten og med Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester 13.01.2011. Her deltok også en representant for Smestadhjemmet. På møtene redegjorde vi nærmere for prosjektet, tok i mot innspill og fikk overlevert en del relevante dokumenter.

Hovedtyngden av datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar - mars 2011.

Følgende undersøkelsesmetoder har blitt benyttet:

- Gjennomgang av aktuell dokumentasjon, blant annet knyttet til kvalitetssikringssystemet, relevante møtereferater, utskrifter fra GERICA, beboermapper, avviksskjemaer med mer.
- Vi intervjuet 15 ansatte på sykehjemmet herunder: institusjonsleder, avdelingsleder serviceavdelingen, avdelingsleder somatiske avdelinger, lege, fysioterapeut, aktivitør/kulturinspirator, tillitsvalgt, sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere.
- Strukturerte samtaler med to beboere, seks pårørende og tannpleier
- Observasjoner på dag- og kveldsvakter i hverdager og helgene.

Den første dagen av datainnsamlingen ble undersøkelsen presentert i et møte med avdelingslederne, og deretter orienterte vi om prosjektet på to av de somatiske langtidsavdelingene. Det ble også sendt ut brev til alle ansatte, beboere og pårørende med informasjon om prosjektet.

Vi har videre gjennomgått en del dokumentasjon/rapporter fra Helse- og velferdsetaten. Dette dreier seg i første rekke om bruker- og pårørendeundersøkelser, kvalitetsrevisjoner og objektive kvalitetsindikatorer.

Vi har benyttet databehandlingsprogrammet NVivo for å strukturere innsamlede data. NVivo er utviklet med henblikk på analyse/gjennomgang av tekster (kvalitative data).

Vi har undersøkt følgende ved sykehjemmet:

- internkontroll og kvalitetssystem
- pasientdokumentasjon, journaler og planer
- informasjon og kommunikasjon med beboere og pårørende
- lokaler og utstyr
- bemanning, kompetanse og samarbeid
- personlig hygiene, sårbehandling og fysikalsk oppfølging
- ernæring og måltider
- aktiviteter og stimulering
- renhold og vask av klær
- legemiddelhåndtering

Et utkast til samlet faktabeskrivelse ble i slutten av august sendt sykehjemmet og Sykehjemsetaten adm. for verifisering.

Bruken og gjennomføringen av datainnsamling med de ulike metodene for datainnsamling blir presentert under.

Dokumentgjennomgang

Vi har gjennomgått relevant dokumentasjon fra sykehjemmet som:

- Prosedyrer knyttet til internkontroll og kvalitetssystem
- kvalitetsplaner, tiltaksplaner og – rapporter
- datasystemet Geric
- journaler og pasientdokumentasjon
- informasjon om aktivisering
- informasjon om kompetansetiltak
- avviksmeldinger
- møtereferater fra leder-, post-, sykepleier-, pårørende- og beboermøter
- diverse annen dokumentasjon, bl.a. tilsynsrapporter fra bydelens tilsynsutvalg og tilsynsfarmasøyt

I hovedsak ble dokumentasjonen knyttet til beboere gjennomgått på sykehjemmet, og egne kontrollskjemaer ble fylt ut. Dette for å unngå spredning av taushetsbelagt informasjon.

Intervjuer, samtaler og møter

Vi har gjennomført semistrukturerte intervjuer med flere ansatte på Smestadhjemmet (se oversikt over). Semistrukturerte intervjuer innebærer at hovedspørsmålene er utformet på forhånd, og at man stiller oppfølgende spørsmål som ikke er utformet der dette vurderes som nyttig. Intervjutypen gir også informantene anledning til selv å fortelle om ting som de anser som relevante innenfor temaene intervjuet dekker. Flere av intervjuene er blitt fulgt opp av spørsmål per telefon eller e-post. Intervjuene med ansatte har blitt verifisert av den enkelte.

Vi har gjennomført intervjuer/samtaler ansikt til ansikt eller per telefon med beboere, pårørende og tannpleier. Utgangspunktet for intervjuene/samtalene var en temaguide. Spørsmålene var ikke formulert på forhånd. Disse intervjuene/samtalene er ikke blitt verifisert.

Utover dette har vi hatt flere samtaler med ansatte, beboere og pårørende i forbindelse med at vi har vært til stede på sykehjemmet.

Observasjoner

Våre observasjoner ble gjennomført både på ukedager og i helg. Observasjoner ble gjennomført etter et kontrollskjema som var utformet på forhånd. Sykehjemmet var på forhånd varslet om at vi ville gjennomføre observasjoner ved sykehjemmet fra slutten av januar til begynnelsen av mars 2011, men ikke om detaljene i vårt opplegg. I løpet av denne perioden besøkte vi de forskjellige avdelingene på ulike tidspunkter og med vekslende kontrolltemaer i henhold til en plan.

De første to gangene gjennomførte revisjonsteamet observasjoner sammen. Dette for å få en felles forståelse av opplegget. Deretter observerte vi i hovedsak hver for oss. Til sammen gjennomførte vi ca. 50 timer med observasjon.

Gyldighet og pålitelighet av data

I denne undersøkelsen har vi bygd på flere informasjonskilder og brukt ulike metoder i datainnsamlingen; dokumentanalyse, observasjoner og intervjuer (og samtaler) med ansatte, beboere og pårørende.

Sykehjemmets egen dokumentasjon har vært en sentral kilde. I tillegg har vi sett på lokaler, utstyr, renhold og daglige gjøremål på sykehjemmet. Vi har gjennomført observasjoner på begge avdelinger og ved alle vakter med unntak av nattevakt. Våre observasjoner utgjør et begrenset antall stikkprøver. Sett i sammenheng med informasjon fra intervjuer og dokumentgjennomgang gir det likevel en pekepinn på hvordan praksisen på de observerte områdene arter seg ved sykehjemmet.

Gjennom intervjuer og samtaler med ulike kategorier ansatte har vi dekket flere nivåer i arbeidsorganisasjonen på sykehjemmet. Dette er kilder som ut fra stilling, rolle eller organisatorisk plassering på sykehjemmet kan regnes å ha god kjennskap til kvaliteten på tilbudet. Vi har ikke intervjuet representanter for sykehjemmets opptreningsavdeling og demensavdeling. Intervjuene har blitt gjennomført med utgangspunkt i et skjema utformet på grunnlag av undersøkelsens revisjonskriterier og problemstillinger.

I en del tilfeller har det vært vanskelig for oss å vite om det enkelte utsagn ble basert på nøyaktige og gjentatte observasjoner, om det var en upresis gjengivelse av ett enkelttilfelle eller noe imellom disse ytterpunktene. I mange tilfeller er det imidlertid flere som har sagt det samme om samme sak eller at andre kilder som støtter opp om utsagnene. Vi har først og fremst gjengitt slike utsagn. Vi har også trukket inn informasjon fra pårørendeundersøkelser, fra kommunens kvalitetsrevisjoner og rapportering på objektive kvalitetsindikatorer, og fra tilsynsfarmasøyt der denne informasjonen har vært relevant for temaet som behandles.

Vår faktabeskrivelse er altså basert på flere datainnsamlingsmetoder og flere kilder. Men på noen punkter kan informasjonsgrunnlaget være mer begrenset enn ønskelig. Det gjelder særlig der vi bare har utsagn fra en eller et fåtall personer. Der sistnevnte er tilfellet er vi forsiktige med å trekke konklusjoner. Ingen av Kommunerevisjonens vurderinger i rapporten er basert utelukkende på utsagn fra beboere eller pårørende.

Enkelte ansatte vi intervjuet eller snakket med behersket ikke norsk så godt, og det kunne til tider være usikkerhet om det nøyaktige innholdet i hva som ble sagt. Slik informasjon er behandlet med varsomhet fra vår side.

Vi regnet med at vår tilstedeværelse kan ha medført at personalet opptrådte annerledes enn ellers. En slik observasjons- eller kontrolleffekt kan ha påvirket våre data på noen punkter. I tilfeller der det må antas at observasjons- eller kontrolleffekten er sterk, har vi i våre vurderinger og konklusjoner av forholdene også basert oss på flere informasjonskilder og vært forbeholdne i vurderingene.

Ved en av avdelingene var det tidvis inntil 5-6 sykepleierstudenter under opplæring. Dette skapte enkelte utfordringer knyttet til noen av kontrollpunktene som ble benyttet under observasjon. Ett eksempel på dette var at studentene hadde tid til samtale og sosialt samvær med beboerne. Måltidene kunne også til tider virke litt uoversiktlige når både sykepleierstudenter og det faste personalet var til stede.

Fire observatører har til dels uavhengig av hverandre undersøkt sykehjemmet, tre fra Kommunerevisjonen og en konsulent på oppdrag fra oss. Våre observasjoner og inntrykk er i hovedsak svært sammenfallende. Det styrker tilliten til validiteten i vårt materiale.

Flere steder i faktaframstillingen er det vist til resultater fra pårørendeundersøkelser, kvalitetsrevisjoner og andre eksterne undersøkelser. I våre vurderinger er disse benyttet sammen med andre kilder f.eks. observasjon og intervjuer. Resultater fra andre kilder er basert på status ved sykehjemmet på et tidligere tidspunkt enn det vår undersøkelse dekker. I hovedsak er disse undersøkelsene gjennomført i 2010. Vi har derfor vært varsomme med å bruke resultater fra disse kildene, og de er kun benyttet i den grad våre egne data også støtter resultatene.

Samlet sett mener vi at rapportens faktabeskrivelse har en pålitelighet og gyldighet på de områdene vi har undersøkt og som gjør den egnet til å besvare undersøkelsens problemstilling.

Vedlegg 3 Uttalelse fra Sykehjemsetaten



Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88
0663 OSLO

Innkommert post Oslo kommune Kommunerevisjonen
01 NOV. 2011
Saksbehandler: <i>APRILHØRTEN</i>
Saksnr.: <i>201000912 - 17</i>
Arkivnr.: <i>126. R. 2</i>

Dato: 25.10.2011

Deres ref:
201000972-13

Vår ref (saksnr):
201001650-4

Saksbeh:
Vigdís Skovdahl, 23 43 30 10

Arkivkode:
126.2

SVAR PÅ RAPPORT FRA UNDERSØKELSE OM KVALITET I SYKEHJEM PÅ SMESTADHJEMMET

Sykehjemsetaten har mottatt Kommunerevisjonens rapport. I rapporten stilles det åtte spørsmål som besvares fortløpende.

1. Har informasjon om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Smestadhjemmet har gjennom hele prosessen opplevd kommunikasjonen som meget god. De uttrykker at de har hatt muligheter til å stille spørsmål, har fått lese igjennom intervjuene og for øvrig korrigere for evt. misforståelser. De opplever at det har blitt tatt hensyn til og at det er vist respekt overfor personalet i deres arbeidshverdag.

2. Har Sykehjemsetaten kommentarer til prosjektets metoder, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Sykehjemsetaten har ingen kommentarer til dette.

3. Har Sykehjemsetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Som nevnt på møtet 21.sept i Sykehjemsetatens lokaler i Nedre Slottsgate er det rettet en henvendelse til Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, for å avklare forholdet knyttet til bruk av tiltaksplaner opp mot pålegget om bruk av kvalitetsplaner. Byrådsavdelingen godtar at det ikke er behov for en kvalitetsplan i tillegg til en god tiltaksplan i Gerica. Forutsetningen for dette er imidlertid at det gjøres tilpasning i Gerica. Dette er det rettet en henvendelse om til Prosit. Henvendelsen er ikke besvart. Sykehjemsetaten har ingen kommentarer ut over dette.

4. Hva er Sykehjemsetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?

Rapporten peker på flere forbedringsområder som er kjent for institusjonsledelsen. Det er således relevante og korrekte kommentarer som fremkommer av rapporten.

5. Vil Sykehjemsetaten iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?



Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Postadresse:
Postboks 435, Sentrum
0103 Oslo
E-post: postmottak@syke.oslo.kommune.no

Besøksadresse:
Nedre Slottsgt. 3

Telefon: 02 180
Telefaks: 23 43 30 09

Det vil bli iverksatt relevante tiltak både fra Sykehjemsetaten sentralt og lokalt på bakgrunn av rapportens anbefalinger. I det følgende omtales det enkelte punkt i samme rekkefølge og nummerering som i rapporten.

Ulikheter mellom avdelingene og manglende systematikk i arbeidet er et gjennomgående tema i rapporten. Det vil derfor i løpet av høsten bli utarbeidet en overordnet plan som inkluderer kartlegging av kompetansebehovet på avdelingene, undervisning og tiltak for å tilrettelegge for samarbeid på tvers av enheter og faggrupper. Dette vil det tas tak i bl.a. ved å etablere felles møtepunkter både mellom faggruppene og avdelingene. Sykehjemsetatens kvalitetsavdeling vil være sentral i dette arbeidet, både ved å bidra i planarbeidet, men også med undervisning om enkelttemaer. Det arbeides med å videreutvikle lederteamet på sykehjemmet. Dette arbeidet startet opp før sommerferien, og følges opp av områdedirektør.

Arbeidet med den overordnede planen vil slutføres medio desember. Arbeidet med en mer detaljert plan vil ta noe lenger tid bla. fordi det skal tilsettes ny fagutviklingssykepleier som vil være en naturlig del av dette arbeidet.

Uavhengig av planarbeidet er det allerede iverksatt enkelttiltak i forhold til konkrete problemstillinger nevnt i rapporten. Noe er igangsatt, noe er planlagt, og det resterende skal det jobbes med i lokale arbeidsgrupper knyttet til kommunerevisjonens anbefalinger.

1.1 Internkontroll og kvalitetssystem

Undervisning om, og implementering av Kvalitetslosen på alle nivåer i organisasjonen innarbeides i opplæringsplanene. Det skal innen utgangen av november nedsettes en kvalitetsgruppe på tvers av avdelinger og faggrupper som systematisk skal gjennomgå alle avvik og klagesaker. Dette vil være en viktig del av Smestadhjemmets kontinuerlige forbedringsarbeid.

1.2 Pasientdokumentasjon

Et enhetlig dokumentasjonssystem er avgjørende for helheten i pasientbehandlingen. Kommunerevisjonen påpeker at postene har ulike prosedyrer for hvordan de dokumenterer og at kunnskap om og bruk av Gerica er svært ulik på postene. Dette innarbeides i opplæringsplanen, og kvalitetsavdelingen vil bidra konkret med opplæring av superbrukerne på postene. Det er avtalt et møte 25.10.11 for å utarbeide en opplæringsplan for Gerica. Sykehjemsetatens mobile opplæringsrom er allerede på plass på institusjonen.

Alle medarbeidere på Smestadhjemmet skal dokumentere på Gerica per. 1. desember. Alle pasienter skal ha tiltaksplan innen årets utgang.

Alle poster har fått nye PCer. Post 1, med 13 beboere, har fått en ny PC. De store postene (post 2,3 og 4) har fått to hver.

Problemet med lang svartid i Gerica er vel kjent, også fra Kommunerevisjonens rapport fra i fjor om erfaringer med Gerica etter 10 års drift.

Like viktig som systemkunnskapen om Gerica, er kunnskap om lovverket knyttet til dokumentasjon og betydningen av god dokumentasjon til beste for pasientene. Dette skal også innarbeides i opplæringsplanene.

1.3 Informasjon og kommunikasjon

Det er bydelene som fatter vedtak og bestiller en tjeneste av Sykehjemsetaten. På denne bakgrunn mener Sykehjemsetaten at det kan være nyttig at også bydelene informerer pasient og pårørende om kommunens kvalitetskrav, hva som er bestilt og hva de kan forvente av tilbudet. På internett ligger Sykehjemsetatens dokument "Innhold og kvalitet i tjenesten" som beskriver de kvalitetskrav som beskriver tjenestetilbudet.

Det skal være utarbeidet en felles informasjonsbrosjyre til utdeling ved innkomst innen 15.12.2011. Det kan være naturlig at kvalitetskravene beskrives her. Behovet for andre informasjonskanaler, evt. mer utfyllende informasjon skal vurderes av en arbeidsgruppe som starter arbeidet over nyttår. Her vil det også trekkes veksler på erfaringer fra andre institusjoner.

1.4 Lokaler og utstyr

At nødutganger skal være fri for hindringer står i brannreglementet. Alle nyansatte skal ha praktisk og teoretisk innføring i brannreglementet, og det skal gjentas årlig.

1.5 Bemanning, kompetanse og samarbeid

Ved innføring av GAT (elektronisk arbeidsplansystem) vil alle opplysninger om hvem som har vært på jobb og hvor være tilgjengelig.

Det arbeides systematisk med sykefraværsoppfølging.

Områdedirektør er kjent med det store kontrollspennet for lederne på sengepostene med 33 pasienter. Institusjonssjefen er tidligere bedt om å omgjøre stilling til assisterende avdelingssykepleier for å redusere dette. Arbeidet vil bli fulgt opp.

Sykehjemsetaten stiller krav om norskkompetanse på nivå 3 for alle som skal jobbe med direkte pasientkontakt. På Smestadhjemmet er det flere ansatte som ikke tilfredsstiller dette kravet, og det arbeides med å øke kompetansen. Det er totalt ni ansatte som har tatt eller er under opplæring.

2.1 Personlig hygiene

Smestadhjemmet har avtale med tannpleiere som kommer to ganger årlig. Det daglige tannstallet ivaretas av pleiepersonalet og skal normalt utføres to ganger daglig. Dette er beskrevet i Sykehjemsetatens elektroniske kvalitetssystem, med direkte link til PPS (praktiske prosedyrer i sykepleie) prosedyren som viser praktisk gjennomføring. Temaet vil bli tatt inn i opplæringsplanen både i forbindelse med tannhygiene, bruk av kvalitetslosen og PPS.

2.2 Aktiviteter og stimulering

At beboere blir lite stimulert og aktivisert ser vi svært alvorlig på. Temaet vil bli fulgt opp i det videre arbeidet.

At det i liten grad er tilrettelagt for eget tilbud til gruppen av klare beboere er ikke i tråd med de styringssignaler som er gitt alle institusjonssjefene. Temaet vil bli fulgt opp i de videre planene.

2.3 Måltider og ernæring

Det er opprettet ernæringskontakt på hver post, og disse er samlet i en ressursgruppe. Avdelingsleder service er koordinator. Målsettingen med arbeidet er at alle beboerne skal ha en tilpasset ernæringsplan i Gerica. Det er utarbeidet gode retningslinjer på området.

Tiltross for at disse tiltakene, og at temaet er satt på dagsorden fra sentralt hold har Kommunerevisjonen pekt på flere utfordringer knyttet til ernæring og måltidssituasjoner. Arbeidet med temaet blir tatt med i det videre planarbeidet.

Når det gjelder bruk av forklær ved matserveringen er dette iverksatt.

2.4 Renhold og vask av klær

Tap av klær og ødeleggelse av klær i forbindelse med vask skal avviksmeldes.

2.5 Legemiddelhåndtering

Sykehjemsetaten i regi av etatsoverlegen gjennomfører et stort legemiddelprosjekt som omfatter flere institusjoner. Problemstillingene som nevnes i rapporten er sentrale i prosjektet.

Temaet innarbeides i planene for det videre arbeidet på Smestadhjemmet.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak?

Utarbeidelsen av den overordnede planen skal være avsluttet 15.nov. 2011.

Detaljert undervisningsplan påbegynnes umiddelbart. Ferdigstilles av ny fagutviklingspsykeleier. Det nedsettes lokale arbeidsgrupper fortløpende i tråd med det øvrige arbeidet.

7. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet på ovenstående spørsmål.

Rapporten oppfattes som nyttig for å få en samlet oversikt over situasjonen.

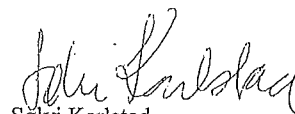
8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Rapporten fremstår som oversiktlig.

Som det fremgår av deres rapport og vårt svar er det et omfattende arbeid som skal gjennomføres på Smestadhjemmet. Første skritt er planarbeidet som er påbegynt, men det vil ta noe tid før alt er på plass. Noe av det viktigste er kanskje allikevel bevisstheten om betydningen av systematisk arbeid som inkluderer alle faggrupper og avdelinger.

Med hilsen


Bente Riis
etatsdirektør


Sølvi Karlstad
områdedirektør

Kopi til: Institusjonssjef Ragnhild Lindgaard, Smestadhjemmet

Vedlegg 4 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88
0663 OSLO

postmottak@krv.oslo.kommune.no

Dato: 01.11.2011

Deres ref:
201000972-12

Vår ref (saksnr):
201003099-123

Saksbeh:
Hege B. Kristoffersen, 23 46 17 46

Arkivkode:
126

RAPPORT FRA UNDERSØKELSE OM KVALITET I SYKEHJEM - SMESTADHJEMMET

Det vises til brev av 30.09.2011 og foreløpig rapport fra undersøkelse om kvalitet i sykehjem som er gjennomført i Smestadhjemmet. Kommunerevisjonen har presentert en liste med spørsmål som byråden for eldre er anmodet om å besvare. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester gir følgende tilbakemelding på Kommunerevisjonens spørsmål:

1. Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester ble varslet i e-post av 02.12.2011 at Kommunerevisjonen skulle gjennomføre forvaltningsrevisjon om kvalitet i ett kommunalt sykehjem. I oppstartsmøtet 13.01.2011 ble vi informert om at Smestadhjemmet var valgt ut til undersøkelsen. Vi har ingenting å utsette på informasjonen som ble gitt om prosjektet.

2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har ingen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data.

3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har ingen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for rapportens konklusjoner.

4. Hva er byråden samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester vurderer at rapportens konklusjoner gir et forståelig bilde av situasjonen på undersøkelsestidspunktet. Rapportens anbefalinger vurderer vi som konkrete og hensiktsmessige i forhold til det videre arbeidet på dette området.

5. Vil byråden iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?

Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester vil gjennom styringsdialogen med Sykehjemsetaten følge opp at etaten iverksetter tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling,

Byrådsavdeling for eldre og
sosiale tjenester

Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

slik at kvaliteten på sykehjemstilbudene ved Smestadhjemmet er i henhold til bystyrevedtak, lover og forskrifter.

Bystyret har de senere årene bevilget midler til blant annet følgende tiltak i sykehjem for å heve kvaliteten på sykehjemstilbudene:

- trivselstiltak
- innføring av Lottemodellen
- etablering av rekrutteringssykehjem (Magnetmodellen)
- styrking av legedekningen
- styrking av kvaliteten på korttids- og rehabiliteringstilbudene
- utarbeidelse av kompetanseplaner for ansatte
- styrking av de ansattes norskkompetanse tilsvarende Nasjonal norskprøve 3 for ansatte i pleien og Nasjonal norskprøve 2 for ansatte i driftsstillinger
- målrettede kompetansehevende tiltak for de ansatte
- medikamenthåndteringsprosjekt
- årlige bruker-, medarbeider- og pårørendeundersøkelser
- registrering av objektive kvalitetsindikatorer hvert tertial
- revisjonsbesøk annet hvert år
- implementering av elektronisk arbeidsplansystem
- en rekke ulike tiltak for å redusere ansattes sykefravær
- forskning og fagutvikling i sykehjem
- investeringer i sykehjem

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester følger opp Sykehjemsetatens arbeid med innføring av det helhetlige, elektroniske kvalitetssystemet Kvalitetslosen i alle kommunale sykehjem.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester vil følge opp at Sykehjemsetaten iverksetter tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling fra høsten 2011 og løpende arbeide for videreføring av kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjemmene.

7. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester vurderer rapporten som nyttig fordi den evaluerer kvaliteten på sykehjemstilbudet i Smestadhjemmet og gir konkrete og hensiktsmessige anbefalinger om hvordan det videre arbeidet bør innrettes og følges opp.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har ingenting å utsette på rapportens oppbygning og språkbruk.

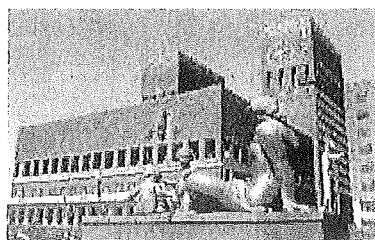
Med vennlig hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Eva Waaler
pleie- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk

Kopi til: Sykehjemsetaten
morten.engebretsen@krv.oslo.kommune.no



Oslo kommune
Kommunerevisjonen

Grenseveien 88, 0663 OSLO

Telefonnummer: 23 48 68 00

Telefaksnummer: 23 48 68 01

www.krv.oslo.kommune.no

postmottak@krv.oslo.kommune.no