



Kvalitetslosen – en undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet

2014

Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 01/2013 Internkontroll med anskaffelsesområdet i Ruter AS
- Rapport 02/2013 Internkontroll i- og rundt enkelte IT-systemer. Samlerapport 2012
- Rapport 03/2013 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen. Samlerapport 2012
- Rapport 04/2013 Barneverntjenestenes håndtering av meldinger fra Oslo Krisesenter i 2011
- Rapport 05/2013 Informasjonssikkerhet i Vann- og avløpsetaten (unntatt offentlighet)
- Rapport 06/2013 Eierskapskontroll i Kollektivtransport-produksjon AS 2010-2012
- Rapport 07/2013 Oslo kommunes saksbehandling i Lindebergsakene
- Rapport 08/2013 Eierskapskontroll i Oslo Vognselskap AS 2010-2012
- Rapport 09/2013 Oslo kommunes oppfølging av berørte etter 22.07.2011
- Rapport 10/2013 Sosialtjenestens forvaltning av klientmidler
- Rapport 11/2013 Kvalitet i barnehage - Jettegryta barnehage i Bydel Søndre Nordstrand
- Rapport 12/2013 Bydelsutvalgenes tilsyn - forståelse, organisering og rapportering
- Rapport 13/2013 Bymiljøetatens kontroll og oppfølging av veinettet
- Rapport 14/2013 Ivaretagelse av miljøkrav til nye barnehage- og skolebygg
- Rapport 15/2013 Anskaffelser i Undervisningsbygg Oslo KF
- Rapport 16/2013 Forvaltning av utplasserte kunstverk
- Rapport 17/2013 Standpunkt karakterer i videregående skole – likebehandles elevene?
- Rapport 18/2013 Eierskapskontroll i Oslo Vei AS
- Rapport 01/2014 Behandling av søknader om sykehjemsplass - Bydel Sagene og Bydel Vestre Aker
- Rapport 02/2014 Saksbehandlingstid i pedagogisk-psykologisk tjeneste
- Rapport 03/2014 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport 2013
- Rapport 04/2014 Kommunale boliger - forebygging av utkastelser
- Rapport 05/2014 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - Samlerapport 2013
- Rapport 06/2014 Eierskapskontroll i Oslo Pensjonsforsikring AS 2011- 2013
- Rapport 07/2014 Oslo kommunes overordnede risiko- og sårbarhetsanalyse
- Rapport 08/2014 Kvalitet og effektivitet i byggesaksbehandlingen
- Rapport 09/2014 Gjennomføring av spesialundervisning - Ammerud skole og Bekkelaget skole
- Rapport 10/2014 Bevaringsverdig på Gul liste – saksbehandling og konsekvenser
- Rapport 11/2014 Planlegging og gjennomføring av investeringer i Oslo Havn KF
- Rapport 12/2014 Eierskapskontroll i Fjellinjen AS 2011 - 2013
- Rapport 13/2014 Kontroll og oppfølging av offentlig-privat samarbeid
- Rapport 14/2014 Bymiljøetatens behandling av drosjeløyvesaker
- Rapport 15/2014 Ivaretagelse av barns rettigheter når barneverntjenesten kjøper hjelpetiltak

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet om bruken av Kvalitetslosen i Sykehjemsetaten. Ved behandling av sak 289/13 *Kvalitetskrav i pleie- og omsorgstjenestene* den 25.09.2013 vedtok bystyret blant annet å be kontrollutvalget vurdere en forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestens bruk av Kvalitetslosen. Denne undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 28.01.2014 (sak 6), og tilhører fokusområdet virksomhetsstyring og investeringskontroll, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon* av 13.06.2012 (sak 165).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i kommuneloven § 77 nr. 4, som har følgende ordlyd:


“... systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).”

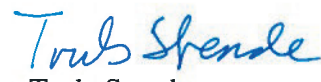
Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført av førsterevisor Truls Stende (prosjektleder) og seniorrådgiver Inger-Johanne Kramer (prosjektmedarbeider).

Vi vil takke Sykehjemsetatens administrasjon, Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

16.10.2014


Randi Blystad
ass. avdelingsdirektør


Truls Stende
førsterevisor

Innhold

Hovedbudskap	5
Sammendrag	5
1. Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Formål og problemstillinger	9
1.3 Revisjonskriterier	9
1.4 Gjennomføring, metode og avgrensninger	9
1.5 Rapportens oppbygging	10
2. Hva er Kvalitetslosen?	11
2.1 Dokumentmodulen	11
2.2 Avviksmodulen.....	11
2.3 Avviksstatistikker	12
3. Sykehjemsetatens tilrettelegging for og oppfølging av Kvalitetslosen	13
3.1 Ansvarsfordelingen	13
3.2 Brukernavn og passord.....	13
3.3 Opplæring.....	13
3.4 Dokumentmodulen	14
3.5 Sykehjemsetatens oppfølging av sykehjemmenes avviksbehandling i Kvalitetslosen.....	14
4. Lilleborg sykehjem.....	16
4.1 Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen.....	16
4.2 Opplæring.....	17
4.3 Avviksmeldinger	20
4.4 Behandling av meldte avvik	24
4.5 Dokumentmodulen	28
5. Ryenhjemmet.....	29
5.1 Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen.....	29
5.2 Opplæring.....	30
5.3 Avviksmeldinger	32
5.4 Behandlingen av meldte avvik	35
5.5 Dokumentmodulen	39
6. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger	40
6.1 Oppsummering av sentrale vurderinger	40
6.2 Samlet konklusjon	41
6.3 Anbefalinger.....	41
7. Uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering	42
7.1 Sykehjemsetatens uttalelse	42
7.2 Kommunerevisjonens kommentarer og vurdering	43

Referanser	45
Vedlegg 1 Revisjonskriterier.....	47
Vedlegg 2 Metode.....	51
Vedlegg 3 Uttalelse fra Sykehjemsetaten.....	55

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt bruken av internkontroll- og kvalitetssystemet Kvalitetslosen i to avdelinger ved Lilleborg sykehjem og to avdelinger ved Ryenhjemmet, med hovedvekt på avviksregistrering og -behandling.

Undersøkelsen viser at avvik ble meldt og behandlet i Kvalitetslosen ved de to sykehjemmene. Undersøkelsen viser samtidig at det manglet en omforent forståelse av hva som skulle meldes som avvik, og at det var en underrapportering av avvik ved de undersøkte avdelingene i 2013. Det var også svakheter ved ledelsens behandling av avviksmeldingene og ledelsens systematiske vurdering av mønstre i meldingene.

Etter Kommunerevisjonens vurdering gjorde svakhetene at sykehjemmene ikke hadde et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og forbedring av tjenestene.

Sammendrag

Kvalitetslosen er et elektronisk internkontroll- og kvalitetssystem. Systemet skal blant annet inneholde Sykehjemsetatens prosedyrer, og etatens ansatte skal melde avvik i systemet. Sykehjemsetaten begynte å bruke Kvalitetslosen i 2009, og per mai 2011 skulle alle daværende kommunale sykehjem ha tatt i bruk systemet.

I denne undersøkelsen har Kommunerevisjonen undersøkt følgende problemstillinger:

- I hvilken grad benyttes Kvalitetslosen som forutsatt i pleie- og omsorgssektoren?
- Har Sykehjemsetaten en tilfredsstillende avviksbehandling?

Undersøkelsen har vært avgrenset til de kommunale sykehjemmene, og hovedtyngden av undersøkelsen har vært rettet mot Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet. Disse

to sykehjemmenes avviksrapportering og -behandling knyttet til Kvalitetslosen er vurdert. I tillegg er Sykehjemsetatens administrasjons arbeid med å legge til rette for og følge opp bruken av Kvalitetslosen beskrevet.

Undersøkelsesperioden har i hovedsak vært mars 2013–februar 2014. Undersøkelsen er basert på intervjuer med ansatte i Sykehjemsetatens administrasjon, ved Lilleborg sykehjem og ved Ryenhjemmet, og på gjennomgang av dokumentasjon, blant annet avviksmeldinger.

Sykehjemsetatens tilrettelegging for og oppfølging av bruken av Kvalitetslosen

Det lå 1266 dokumenter i Kvalitetslosen per mai 2014. Av disse var 522 utformet etter malen for prosedyrer. Revisjonsfristen var overskredet for 582 av de 1266 dokumentene.

Sykehjemsetatens administrasjon la ut nye sentrale dokumenter på en elektronisk leseliste i Kvalitetslosen til institusjonssjefene, som igjen hadde ansvaret for å informere sine medarbeidere og implementere for eksempel prosedyrer.

Sykehjemsetatens administrasjon beskrev en praksis for å legge til rette for og følge opp bruken av Kvalitetslosen. Etaten fulgte opp bruken av Kvalitetslosen i blant annet opplærings situasjoner, i møter med ledergruppene og institusjonssjefene ved sykehjemmene, og gjennom referater fra de lokale kvalitetsutvalgene ved sykehjemmene.

Områdedirektøren, som hadde ansvaret for de 26 kommunale sykehjemmene, behandlet avviksmeldinger som ble sendt til henne. Hun oppga at det hendte hun leste avviksmeldinger som ikke ble sendt til henne, men at hun ikke hadde noen rutiner for å gjøre det.

Sentrale vurderinger

Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen

Ved Lilleborg sykehjem hadde de ansatte vi intervjuet brukernavn og passord, men det fremkom at enkelte av de ansatte hadde vært uten passord i flere måneder. Ved Ryenhjemmet oppga litt under en tredjedel av de ansatte at de ikke hadde brukernavn og passord til Kvalitetslosen, eller de var i tvil om de hadde det. Ansattes manglende tilgang til systemet skapte en risiko ved de to sykehjemmene for at avvik som skulle vært meldt, ikke meldes.

Ved begge sykehjemmene oppga ansatte manglende tid som en årsak til at de ikke brukte Kvalitetslosen. Undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for en klar vurdering av dette temaet.

Opplæring

De to sykehjemmene hadde etter Kommunerevisjonens vurdering ikke tilfredsstillende rutiner for å sikre at alle ansatte ble gitt tilstrekkelig opplæring i bruken av Kvalitetslosen. Ved Lilleborg sykehjem hadde de fleste som ble intervjuet, fått opplæring i bruk av systemet. Ryenhjemmet hadde ikke oversikt over hvem som hadde fått opplæring i Kvalitetslosen, og flere av de ansatte som ble intervjuet, oppga at de ikke hadde fått opplæring.

Undersøkelsen avdekker at noen ansatte ved de to sykehjemmene syntes det var vanskelig å registrere avvik, og at det ikke var en omforent forståelse ved de to sykehjemmene av hvilke hendelser som skulle meldes som avvik. Ved Lilleborg sykehjem var det for eksempel enkelte, både blant de ansatte og i ledelsen, som mente at man ikke nødvendigvis måtte melde avvik om man fant medisiner på avdelingen.

Det er viktig at de ansatte får tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen, og at de har en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik, for at de skal kunne bidra til at sykehjemmene

lærer av feil og uønskede hendelser, forebygger gjentakelser og forbedrer tjenestene.

Avviksmeldinger i Kvalitetslosen

Undersøkelsen viser at det var en underrapportering av avvik ved de fire undersøkte avdelingene, og at det ikke var etablert en tilfredsstillende praksis for melding av avvik i Kvalitetslosen.

Når sykehjemmene ikke sikrer at avvik i tilstrekkelig grad blir meldt i Kvalitetslosen, blir det vanskelig å bruke Kvalitetslosen til å lære av feil og uønskede hendelser, forebygge gjentakelser og forbedre tjenestene.

Behandling av meldte avvik

Den dokumenterte behandlingen av avvik ved de to sykehjemmene la ikke et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og systematisk forbedring av tjenestene.

Ved Lilleborg sykehjem ble halvparten av de gjennomgåtte avviksmeldingene automatisk videresendt, fordi de ikke var behandlet innen 14 dager. Sen avviksbehandling kan svekke de ansattes tillit til avvikssystemet og redusere deres motivasjon for å melde avvik. Kommunerevisjonen merker seg at institusjonssjefen oppga at antall automatiske videresendte avvik var gått ned etter at det var innført en elektronisk varsling om mottatte avviksmeldinger.

Ved begge sykehjemmene hadde avviksbehandlerne i svært liten grad dokumentert hvilke standarder det var avvik fra, samt vurderinger av risiko og tiltakenes hensiktsmessighet.

Ved Lilleborg sykehjem hadde behandleren i enkelte tilfeller ifølge avviksmeldingene ikke vurdert eller iverksatt tiltak opp mot de konkrete forholdene som var beskrevet, og i noen avviksmeldinger var det vanskelig å forstå om

tiltak hadde blitt eller skulle bli iverksatt. Ved Ryenhjemmet var det i mange avviksmeldinger ikke mulig å lese hvordan avviket ble håndtert, blant annet fordi flere avviksmeldinger var lukket etter få dager med lite informative beskrivelser av hvilke tiltak som eventuelt skulle iverksettes.

Vi stiller spørsmål ved hensiktsmessigheten av at ledelsen ved Lilleborg sykehjem hadde videreformidlet beklagelser fra enkeltpersoner i enkelte avviksmeldinger. En praksis hvor ledelsen i avviksbehandlingen kan oppleves å fokusere på hvem som har gjort feil, skaper en risiko for at de ansatte ikke melder fra om avvik.

Det var svakheter ved ledelsens systematiske gjennomgang og vurdering av mønstre i avviksmeldingene, samt dokumentasjon av vurderingene. En god praksis på dette området kan bidra til viktig læring og gi grunnlag for å forbedre prosedyrer og rutiner i avdelingene.

Anbefalinger

På bakgrunn av undersøkelsen gir Kommunerevisjonen følgende anbefalinger:

Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet bør

- sørge for at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen
- iverksette tiltak for å etablere en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik
- iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte bruker og melder avvik i Kvalitetslosen
- dokumentere vurderinger og eventuelle gjennomførte tiltak i avviksbehandlingen

Sykehjemsetatens administrasjon bør vurdere om det er behov for ytterligere opplæring i Kvalitetslosen av ledelsen ved sykehjemmene.

Uttalelser til rapporten

Rapporten ble sendt til Sykehjemsetatens administrasjon, Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet til uttalelse. Sykehjemsetatens administrasjon og de to sykehjemmene avga en felles uttalelse. Uttalelsen følger i sin helhet i vedlegg 3. Byråden for eldre fikk rapporten til orientering, med mulighet til å avgi uttalelse. Byråden avga ikke en uttalelse.

Kommunerevisjonen merker seg at Sykehjemsetaten har meldt tiltak som involverte alle etatens kommunale sykehjem. Den varslede opplæringen av ledere i de kommunale sykehjemmene synes relevant i lys av Kommunerevisjonens anbefaling til etatens administrasjon.

De to sykehjemmene har meldt om tiltak som synes relevante i lys av Kommunerevisjonens anbefalinger om opplæring og behovet for en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik. Videre vil Lilleborg sykehjem legge opp til en grundigere dokumentasjon av avviksbehandlingen når den er tema i utvalg og møter. Ved Ryenhjemmet skal ledere ha større fokus på avvikskultur og avviksbehandling. De meldte tiltakene kan bidra til at flere ansatte bruker og melder avvik i Kvalitetslosen, og at dokumentasjonen av vurderinger og gjennomførte tiltak blir bedre, men det er ikke meldt om ytterligere tiltak som spesielt skal sikre at dette oppnås.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Kvalitetslosen er et elektronisk internkontroll- og kvalitetssystem. Systemet skal blant annet inneholde Sykehjemsetatens prosedyrer, og etatens ansatte skal melde avvik i systemet. Sykehjemsetaten begynte å bruke Kvalitetslosen i 2009, og per mai 2011 skulle alle daværende kommunale sykehjem ha tatt i bruk systemet.¹

Ifølge undersøkelser gjennomført både av Kommunerevisjonen og andre har det vært problemer med bruken av avvikssystemer i Sykehjemsetaten. Undersøkelser har pekt på at noen sykehjem meldte få avvik, at ansatte har vegret seg for å melde avvik, at det har vært ulik praksis for å melde avvik, at avviksmeldinger har inneholdt svært lite informasjon om hvordan de ble drøftet eller hvilke tiltak som ble iverksatt, og at ansatte har opplevd represalier etter at de meldte avvik.²

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med denne undersøkelsen har vært å undersøke hvordan Kvalitetslosen ble benyttet i Sykehjemsetaten, og gjennom det bidra til kommunens arbeid med kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgssektoren.

Følgende problemstillinger er undersøkt:

- I hvilken grad benyttes Kvalitetslosen som forutsatt i pleie- og omsorgssektoren?
- Har Sykehjemsetaten en tilfredsstillende avviksbehandling?

¹ Midtåsen sykehjem tok i bruk Kvalitetslosen i 2012, etter at kommunen overtok driften etter en kommersiell leverandør.

² Se blant annet Kommunerevisjonens rapport 20/2012 *Oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009 Sykehjemsetaten – status etter to års drift*, Helsetilsynets *Rapport fra tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem ved Furuset sykehjem 2011* og Helseetatens *Samlerapport for kvalitetsrevisjonene 2012*.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er målestokken som Kommunerevisjonen legger til grunn for vurderingene av praksisen vi har undersøkt. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Vi presenterer kriteriene der de anvendes i rapporten. I vedlegg 1 gis en samlet presentasjon av revisjonskriteriene og grunnlaget for dem.

1.4 Gjennomføring, metode og avgrensninger

Undersøkellesperioden har i hovedsak vært mars 2013–februar 2014.

Undersøkellesperioden for avviksstatistikkene, blant annet av antall meldte avvik, var hele 2013.

Undersøkelsen har vært rettet mot Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet. Disse to sykehjemmenes avviksrapportering og -behandling knyttet til Kvalitetslosen er vurdert. I tillegg er Sykehjemsetatens administrasjons arbeid med å legge til rette for og følge opp bruken av Kvalitetslosen beskrevet. I kapitlene om sykehjemmene har vi til en viss grad sett på administrasjonens avviksbehandling.

Vi har konsentrert oss om sykehjemmenes avviksbehandling i Kvalitetslosen. Det betyr at vi har beskrevet, men ikke vurdert sykehjemmenes bruk av dokumentmodulen i Kvalitetslosen (for mer informasjon om denne modulen, se delkapittel 2.1).

Undersøkelsen ble igangsatt i mars 2014. Etter oppstarten samlet vi inn data i løpet av våren og frem til juli. Vi intervjuet ansatte både i Sykehjemsetatens administrasjon, ved Lilleborg

sykehjem og ved Ryenhjemmet, og samlet inn dokumentasjon, blant annet avviksmeldinger.

Se vedlegg 2 for en mer utfyllende beskrivelse av undersøkelsens metode og gjennomføring.

1.5 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 gjør vi kort rede for Kvalitetslosen og hvordan systemet er ment å skulle brukes. I kapittel 3 beskriver vi hvordan Sykehjemsetatens administrasjon hadde lagt til rette for og fulgt opp bruken av Kvalitetslosen. I kapittel 4 og 5 beskriver og vurderer vi bruken av Kvalitetslosen ved Lilleborg sykehjem og

Ryenhjemmet. I disse to kapitlene har vi også sett på administrasjonens arbeid med noen få avviksmeldinger. Kommunerevisjonens sentrale vurderinger, konklusjoner og anbefalinger presenteres i kapittel 6. I kapittel 7 oppsummeres Sykehjemsetatens uttalelse til rapporten, og Kommunerevisjonens vurdering av uttalelsen. I rapportens vedlegg 1 presenteres undersøkelsens revisjonskriterier, mens vi redegjør for undersøkelsens metode i vedlegg 2. Uttalelsen fra Sykehjemsetaten følger i sin helhet i vedlegg 3.

2. Hva er Kvalitetslosen?

I dette kapittelet beskriver vi kort hva Kvalitetslosen er, og hvordan systemet er ment å skulle brukes. Vi presenterer også noe overordnet statistikk for bruken av Kvalitetslosen i Sykehjemsetaten.

Sykehjemsetaten begynte å bruke det elektroniske internkontroll- og kvalitetssystemet Kvalitetslosen i 2009. Per mai 2011 skulle alle daværende kommunale sykehjem i Oslo ha tatt i bruk systemet. Systemet inneholder blant annet etatens prosedyrer, og avvik skal meldes i systemet.

I Kvalitetslosen er det en modul for dokumenter og en modul for avviksmeldinger. I det følgende beskriver vi kort disse modulene.

2.1 Dokumentmodulen

Dokumentmodulen er et elektronisk bibliotek som blant annet inneholder lenker til lover, forskrifter, kommunale føringer og prosedyrer som gjaldt for hele Sykehjemsetaten. I tillegg inneholder modulen prosedyrer som det enkelte sykehjem hadde utarbeidet og lagt inn i systemet.

Modulen har en leselistefunksjon. Etaten legger ut nye dokumenter på leselisten til institusjonssjefene, som skal kvittere for at de hadde lest dokumentene. Institusjonssjefene skal deretter informere i sykehjemmene om nye dokumenter og implementere for eksempel prosedyrer. De kan bruke leselistefunksjonen som et virkemiddel, ved å legge det nye dokumentet ut på leselisten til avdelingslederne, som igjen kan legge dokumentene ut på leselistene til de ansatte i avdelingen. Når en ansatt i Sykehjemsetaten logger seg på Kvalitetslosen, dukker listen over uleste dokumenter opp på den ansattes startside i systemet. Den ansatte kan da elektronisk signere for at de har lest dokumentet. Brukerne kan

også finne frem til dokumenter på egen hånd i dokumentmodulen.

2.2 Avviksmodulen

Avvik skal meldes i avviksmodulen i Kvalitetslosen. Sykehjemsetaten hadde opprettet en prosedyre for avviksbehandling. Ifølge prosedyren var et avvik: "... mangel på oppfyllelse av krav i lov eller forskrift eller krav uttrykt i kommunens eller Sykehjemsetatens/sykehjemmets egne prosedyrer og bestemmelser. Uønsket hendelse, uhell/nesten-uhell skal også meldes som avvik." Ifølge prosedyren var hensikten med avviksbehandlingen i Kvalitetslosen "å lære av feil og uønskede hendelser, forebygge gjentakelser og forbedre oss".

Vi går i det følgende kort gjennom hvordan avvik skal meldes og behandles i Kvalitetslosen.

Melderer skal melde avviket i én eller flere av følgende kategorier:

- HMS: hendelser og situasjoner knyttet til helsen, miljøet og sikkerheten til de ansatte
- organisasjon/internt: hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen
- tjeneste/bruker/pasient: hendelser og situasjoner som angår tjenestemottakerne

Hvis melderer velger å melde avvik innen *tjeneste/bruker/pasient*, kan hun først velge mellom åtte underkategorier. Hvis hun velger "legemiddelhåndtering", kan hun deretter velge mellom 16 underkategorier. Avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling i Sykehjemsetaten (fra nå av kalt Kvalitetsavdelingen) opplyste at de i opplæringen hadde formidlet at de ansatte ikke måtte velge en underkategori. De ansatte kunne la feltet stå tomt om utfyllingen var tidkrevende eller vanskelig. En leder skulle i etterkant

vurdere og eventuelt velge eller korrigere kategorien som en del av avviksbehandlingen.

Deretter skal melderer kategorisere hvor sannsynlig det er at avviket gjentar seg, og hvor alvorlig hendelsen er. Melderen skal også beskrive hendelsen, konsekvensen av hendelsen og foreslå forbedringer.

Etter at et avvik er meldt, får den nærmeste lederen avviksmeldingen til behandling. Avviksmeldingene skal behandles og avsluttes (lukkes) på lavest mulig nivå i organisasjonen. Behandleren skal ifølge prosedyren for avviksbehandling dokumentere vurderingen av avviket og eventuelle tiltak i avviksmeldingen. Tiltak som er opprettet i avviksmeldingen, må kvitteres utført før avviket kunne lukkes.

Hvis den nærmeste lederen ikke kan lukke avviksmeldingen, skal hun sende det videre til sin leder, som igjen kan sende det videre til sin leder osv. En slik behandlingkjede består for eksempel av en sykepleier som melder avviket, hennes avdelingsleder, institusjonssjefen, områdedirektøren i Sykehjemsetaten og til slutt direktøren i Sykehjemsetaten. Avviksmeldinger blir automatisk videresendt oppover i systemet om de ikke blir lukket eller aktivt videresendt (at avviksbehandleren videresender avviksmeldingen) innen to uker.

2.3 Avviksstatistikker

Sykehjemsetatens statistikk viste at de 26 kommunale sykehjemmene³ til sammen meldte 5191 avvik i Kvalitetslosen i 2013. Ved sykehjemmene ble det meldt i gjennomsnitt 1,88 avvik per døgnplass.⁴ Ved to små sykehjem ble det meldt henholdsvis flest og færrest avvik per døgnplass, med 4,49 og 0,63 meldte avvik. Lederen for Kvalitetsavdelingen opplyste at Sykehjemsetatens administrasjon

³ Rehabilitering Aker er telt som ett frittstående sykehjem. Videre har vi ikke inkludert de tre kommunale sykehjemmene som ble privatisert i løpet av 2013.

⁴ Basert på antall døgnplasser per 31.12.2013. Antall døgnplasser kunne variere gjennom året.

aldri har lagt noen list for hvilket antall avvik som var bra eller mindre bra, eller hva antallet avviksmeldinger fra de forskjellige sykehjemmene sa om kvaliteten på tjenestene. Det var ansett som bra at et sykehjem meldte mange avvik – det viste at sykehjemmet brukte Kvalitetslosen.

Avvik kunne som nevnt meldes innenfor tre hovedkategorier: *tjeneste/bruker/pasient*, *organisasjon/internt* og *HMS*. Et avvik kunne meldes i flere kategorier samtidig. Statistikken viste at det ved sykehjemmene ble meldt i gjennomsnitt 1,17 avvik per døgnplass innenfor kategorien *tjeneste/bruker/pasient*, og 0,53 avvik per døgnplass innenfor kategorien *organisasjon/internt*.

Avviksmeldinger ble videresendt automatisk i systemet når lederen som skulle behandle avviket, ikke hadde lukket eller videresendt det innen to uker.⁵ Sykehjemsetaten hadde i 2013 som mål at ingen avvik skulle videresendes automatisk.⁶ Ifølge oversendt statistikk fra Sykehjemsetaten ble 1371 av de 5191 avvikene meldt ved sykehjemmene i 2013 automatisk videresendt i systemet. Det innebærer at over en fjerdedel av de meldte avvikene ble automatisk videresendt. Avviksmeldingene var automatisk videresendt på ulike måter: internt i sykehjemmene, mellom sykehjemmene og Sykehjemsetatens administrasjon eller internt i administrasjonen. I februar 2014 vedtok det sentrale kvalitetsutvalget i etaten at alle ledere skulle få varsel per e-post når de mottok avviksmeldinger til behandling i Kvalitetslosen, i håp om at det skulle føre til færre automatisk videresendte avvik.

⁵ Kvalitetsavdelingen opplyste at avviksmeldinger i noen svært få tilfeller kunne bli videresendt automatisk av tekniske årsaker. Fiktive enheter var opprettet av hensyn til lesetilgang for verneombud, og når avvik ble sendt til disse enhetene, ble de automatisk videresendt innen et døgn.

⁶ Se blant annet referat fra sentralt kvalitetsutvalg 02.25.2013.

3. Sykehjemsetatens tilrettelegging for og oppfølging av Kvalitetslosen

I dette kapittelet beskriver vi hvordan Sykehjemsetatens administrasjon hadde lagt til rette for og fulgt opp bruken av Kvalitetslosen. Kapittelet er beskrivende og for det meste basert på administrasjonens opplysninger.

3.1 Ansvarsfordelingen

Institusjonssjefene hadde ansvaret for at deres sykehjem brukte Kvalitetslosen slik de skulle. Sykehjemsetatens administrasjon hadde på sin side ansvaret for å informere institusjonssjefene om hvordan Kvalitetslosen skulle brukes.

Frem til januar 2014 hadde to områdedirektører i Sykehjemsetatens administrasjon ansvaret for halvparten av de kommunale sykehjemmene hver. Områdedirektørene skulle følge opp at sykehjemmene brukte Kvalitetslosen som forutsatt. Fra januar 2014 ble de to kommunale områdene slått sammen til ett, og én områdedirektør fikk ansvaret for de 26 kommunale sykehjemmene.⁷

Kvalitetsavdelingen i Sykehjemsetaten hadde en stabsfunksjon og ansvaret for å følge opp og administrere Kvalitetslosen. Avdelingen bisto ledere og koordinerende superbrukere (superbrukere i Kvalitetslosen for hele sykehjemmet, fra nå av bare kalt superbrukere) ved sykehjemmene med opplæring i og bruk av Kvalitetslosen.

3.2 Brukernavn og passord

Sykehjemsetaten opplyste at alle som mottok lønn i etaten, ble registrert som brukere i Kvalitetslosen. Det gjaldt også kommunalt lønnede ekstravakter. Listen over brukere i Kvalitetslosen ble oppdatert hvert døgn mot Oslo kommunes person- og ressurskatalog. Det var omtrent like mange brukere registrert

i Kvalitetslosen i midten av 2014, som det var ansatte i Sykehjemsetaten i slutten av 2013.⁸ Det er ikke nødvendigvis det samme som at alle ansatte i Sykehjemsetaten var registrert som brukere i Kvalitetslosen. Den problemstillingen har vi ikke undersøkt nærmere.

Når en ansatt var registrert som bruker i Kvalitetslosen, måtte vedkommende selv skaffe et passord til systemet ved å klikke på “Glemt passord” på innloggingssiden til Kvalitetslosen. Da skulle hun få tilsendt et passord per e-post. Sykehjemsetatens administrasjon opplyste at de fleste nyansatte hadde tilgang til kommunens datasystemer i løpet av noen dager, men unntaksvis kunne det ta én til to uker. Etaten hadde ikke noen oversikt over hvor mange ansatte som hadde skaffet seg et passord.

Kvalitetsavdelingen oppga at Sykehjemsetatens administrasjon måtte registrere innleide vikarer fra bemanningsbyråer manuelt i Kvalitetslosen. Avdelingen gjorde det kun unntaksvis og på forespørsel fra sykehjemmene. Per 06.08.2014 var 10 personer registrert på denne måten i Kvalitetslosen. Sykehjemsetaten hadde ikke noen oversikt over hvor mange vikarer som ble leid inn ved sykehjemmene.

3.3 Opplæring

Ifølge lederen for Kvalitetsavdelingen lærte avdelingen hovedsakelig opp superbrukerne ved sykehjemmene. Disse superbrukerne skulle blant annet bidra til opplæringen av de ansatte i sine sykehjem. Kvalitetsavdelingen tilbød et to dagers kurs i Kvalitetslosen for nye superbrukere to ganger i året. Kvalitetsavdelingen arrangerte i tillegg et forum for superbrukerne 2–3 ganger i året.

⁷ Inkludert Rehabilitering Aker, Oslo kommunes rehabiliteringsavdeling på Aker sykehus.

⁸ Per 12.06.2014 var det 5582 brukere i Kvalitetslosen, mens det per 31.12.2013 var 5564 ansatte i Sykehjemsetaten.

Lederen for kvalitetsavdelingen opplyste at avdelingen siden februar 2014 hadde tilbudt lederopplæring, som et tillegg til opplæringen av superbrukerne. Kvalitetsavdelingen ga også nyansatte institusjonssjefer en en- til totimers innføring i Kvalitetslosen. Kvalitetsavdelingen hadde også gitt opplæring til ansatte ved sykehjemmene. Et sykehjem kunne ta kontakt med etaten ved behov, eller Kvalitetsavdelingen kunne bli bedt av områdedirektøren om å bistå med opplæring.

Sykehjemsetaten hadde utarbeidet skriftlige føringer for opplæringen av de ansatte ved sykehjemmene. Sykehjemsetaten hadde ikke oversikt over hvor mange ansatte som hadde fått opplæring i Kvalitetslosen.

3.4 Dokumentmodulen

Lederen for Kvalitetsavdelingen oppga at avdelingen i begynnelsen prioriterte å bygge opp dokumentmodulen, men at den ikke jobbet så mye med det lenger. Utfordringen nå var å oppdatere alle dokumentene som lå i modulen. Hver stabsavdeling hadde ansvar for sine faglige dokumenter. Per 26.05.2014 lå det 1266 dokumenter i dokumentmodulen. 522 av disse dokumentene var utformet etter malen for prosedyrer.⁹ Alle de 1266 dokumentene hadde en revisjonsfrist, og for 582 dokumenter var revisjonsfristen overskredet. Fordi det lå så mange dokumenter i Kvalitetslosen, måtte Kvalitetsavdelingen prioritere hvilke dokumenter den skulle oppdatere. De viktigste dokumentene, for eksempel prosedyrer for ernæring og legemidler, skulle revideres årlig. Etaten hadde bestemt at resten av dokumentene skulle ha to års revisjonsfrist, i stedet for ett år som tidligere.

Ifølge lederen for Kvalitetsavdelingen la avdelingen ut nye sentrale dokumenter på leseliste til institusjonssjefene, som igjen hadde

ansvaret for å informere sine medarbeidere og implementere for eksempel prosedyrer. Avdelingen fulgte i enkelte sammenhenger med på institusjonssjefenes leseliste og rapporterte til områdedirektøren hvis få hadde oppgitt å ha lest dokumentene. Områdedirektøren sa at hun ikke mottok rapporter på om de enkelte sykehjemmene la ut dokumenter på leselistene, eller om de ble lest.

3.5 Sykehjemsetatens oppfølging av sykehjemmenes avviksbehandling i Kvalitetslosen

3.5.1 Kvalitetsavdelingen

Lederen for Kvalitetsavdelingen opplyste at avdelingen fortsatt jobbet med å skape en åpenhetskultur i sykehjemmene, der det ble ansett som riktig og viktig å melde avvik. Hun mente det var bra at et sykehjem meldte mange avvik. Mange avvik viste at sykehjemmet brukte Kvalitetslosen.

Ifølge lederen for Kvalitetsavdelingen fulgte avdelingen med på bruken av Kvalitetslosen på overordnet nivå. Avdelingen hadde for eksempel informasjon om antall automatisk videresendte avvik per sykehjem eller antall meldte avvik innen kategorien *tjeneste/bruker/pasient* per sykehjem. Sykehjemsetaten hadde ikke oversikt over hvor mange ansatte som meldte avvik, eller hvor mange avvik hver ansatt meldte.

Lederen for Kvalitetsavdelingen opplyste at avdelingen fulgte opp sykehjemmenes bruk av Kvalitetslosen, blant annet i fora for superbrukerne, i opplæringssituasjoner og i møter med ledergruppene ved sykehjemmene. Kvalitetsavdelingen gjennomførte også egenrevisjoner av utvalgte sykehjem. Vi har sett på de to rapportene fra revisjonene i 2013. Hver revisjon hadde et spesielt tema, og ifølge rapportene så revisjonsteamet på prosedyrer i Kvalitetslosen som en del av revisjonen.

⁹ De andre dokumenttypene i modulen var: 113 fritekstdokumenter, 578 opplastede dokumenter og 53 lenker.

Kvalitetsavdelingen leste i utgangspunktet ikke individuelle avviksmeldinger.

3.5.2 Det sentrale kvalitetsutvalget

Lederen for Kvalitetsavdelingen ledet det sentrale kvalitetsutvalget i Sykehjemsetaten. I utvalget satt blant andre de to områdedirektørene for de kommunale sykehjemmene (fra og med 01.01.2014 fikk én områdedirektør ansvaret for alle de 26 kommunale sykehjemmene). Utvalget hadde avholdt åtte møter i perioden mars 2013–februar 2014. Utvalget ble tre ganger i året informert om forskjellige statistikker på blant annet antall avviksmeldinger og antall automatisk videresendte avvik. Utvalget ble informert om hvor mange avvik hvert sykehjem meldte. Referatene viste at forskjellige problemer med avviksmelding og avviksbehandling hadde vært tema i møtene, blant annet problemer med sykehjemmenes kategorisering av avviksmeldinger, at avviksbehandlingen ved noen sykehjem ikke var god nok, og at det å melde avvik måtte “løftes” i sykehjemmene. Utvalget hadde vedtatt at alle sykehjem burde etablere en egen rutine for daglig å bruke Kvalitetslosen, og oppfordret til at det ble jobbet videre med bevisstgjøring av systemet blant ansatte og ledere. Utvalget hadde også poengtert at ledere i linjen var ansvarlig for å sikre at ansatte meldte avvik, og at avviksmeldingene ble kategorisert riktig. Områdedirektøren for alle de kommunale sykehjemmene opplyste at referatene fra det sentrale kvalitetsutvalget ble sendt sykehjemmene.

3.5.3 Områdedirektørene

Områdedirektøren for alle de kommunale sykehjemmene opplyste at hun generelt fulgte opp at sykehjemmene var bevisste på Kvalitetslosen og avviksbehandlingen. Hun mottok referater fra kvalitetsutvalgene ved sykehjemmene, og hun kunne følge opp forhold hun merket seg i disse referatene. Hun opplyste videre at Kvalitetslosen var et tema i møter med institusjonssjefene. Lederkontraktene med institusjonssjefene omfattet også Kvalitetslosen, blant annet skulle sykehjemmene “benytte erfaringer fra uønskede hendelser aktivt i kvalitetsarbeidet”.

Områdedirektøren behandlet avviksmeldinger som ble sendt til henne fra sykehjemmene. I tillegg kunne hun lese alle avviksmeldinger meldt ved sykehjemmene. Områdedirektøren oppga at det hendte hun leste avviksmeldinger meldt ved sykehjemmene, men at hun ikke hadde noen rutiner for å gjøre det. Hun leste bare avviksmeldinger med høy alvorlighetsgrad. Overskriften på avviksmeldingene var viktig, og hun klikket på avviksmeldinger som så ut til å handle om for eksempel medikamenthåndtering eller vold mot pasienter. Hun involverte seg i avviksmeldingene om det var noe spesielt.

Den tidligere områdedirektøren for halvparten av de kommunale sykehjemmene beskrev en lignende praksis som den nåværende områdedirektøren for sitt arbeid med Kvalitetslosen.

4. Lilleborg sykehjem

Vi undersøkte hvordan Kvalitetslosen ble brukt ved Lilleborg sykehjem. I 2013 var det 120 døgnplasser ved sykehjemmet,¹⁰ fordelt på fem avdelinger. Tre avdelinger hadde ordinære langtidsplasser, én avdeling hadde korttidsplasser, og én avdeling var i en overgangsfase mellom korttids- og langtidsplasser.

Vi undersøkte bruken av Kvalitetslosen ved avdeling 4 og 5. Begge avdelingene var ordinære langtidsavdelinger. Vi intervjuet blant andre 14 ansatte, deres ledere og en av sykehjemmets superbrukere i Kvalitetslosen. Vi har også undersøkt 19 avviksmeldinger nærmere.

Vi har undersøkt

- om Lilleborg sykehjem hadde tilrettelagt for at de ansatte kunne benytte Kvalitetslosen i det daglige arbeidet
- om de ansatte fikk opplæring i bruken av Kvalitetslosen, herunder registreringen og behandlingen av avvik
- om ledelsen ved sykehjemmet sikret at avvik ble meldt i Kvalitetslosen
- om sykehjemmets og Sykehjemsetatens administrasjons behandling av meldte avvik var tilfredsstillende

Vi beskriver også de to avdelingenes bruk av dokumentmodulen.

4.1 Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen

I det følgende vurderer vi om sykehjemmet hadde lagt til rette for at de ansatte kunne bruke Kvalitetslosen.

4.1.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemmet skal legge til rette for at alle

ansatte skal kunne benytte Kvalitetslosen i det daglige arbeidet.

Vi har sett nærmere på om de ansatte ved sykehjemmet hadde

- fått tildelt brukernavn og passord til Kvalitetslosen
- nødvendig tilgang til datamaskiner
- tilstrekkelig tid til å bruke Kvalitetslosen i det daglige arbeidet

4.1.2 Faktabeskrivelse

Brukernavn og passord

Institusjonssjefen oppga at alle ansatte hadde brukernavn og passord, men sykehjemmet hadde ikke en samlet oversikt over hvem som hadde det. Superbrukeren på Gerica ved avdeling 4 opplyste at en gjennomgang på avdelingen våren 2014 hadde avdekket at fem ekstravakter og én fast ansatt ikke hadde passord. Institusjonssjefen opplyste at innleide vikarer fra bemanningsbyråer ikke fikk tilgang til Kvalitetslosen og Gerica, med mindre samme person ble leid inn i en uke eller lenger. Hvis sykehjemmet leide inn sykepleiere, var rutinen at en av de fast ansatte skrev journal eller meldte avvik på vegne av vikaren.

De ansatte vi intervjuet, oppga at de hadde brukernavn og passord. De fleste hadde fått det ved innføringen av Kvalitetslosen eller da de ble ansatt. Enkelte oppga at de hadde opplevd å være uten passord til Kvalitetslosen i flere måneder. Dette skyldtes tekniske problemer eller at den enkelte ventet på hjelp til å få opprettet eller byttet passord.

Tilgang til datamaskiner

Institusjonssjefen mente det var tilstrekkelig med datamaskiner ved sykehjemmets avdelinger. Avdelingssykepleierne og enkelte ansatte ga uttrykk for at det var tilstrekkelig med datamaskiner på avdelingene 4 og 5. Ifølge institusjonssjefen var det seks datamaskiner

¹⁰ Per 31.12.2013. Antall døgnplasser kunne variere gjennom året.

i avdeling 4 og fem på avdeling 5, inkludert avdelingssykepleiernes datamaskiner. Ifølge vaktbøkene var det seks til syv ansatte på dagvakt i ukedagene. Med ett unntak oppga ingen av de ansatte vi intervjuet, tilgangen til datamaskiner som et hinder for å bruke Kvalitetslosen.

Tid i det daglige arbeidet

Avdelingssykepleieren på avdeling 4 opplyste at det kunne være tidkrevende å logge seg på Kvalitetslosen. Systemet var ofte tregt eller hang seg opp. De ansatte på avdelingen hadde gjort henne oppmerksom på problemene, og gitt uttrykk for at de generelt hadde for dårlig tid til blant annet å melde avvik. Flere hadde etterspurt muligheten for å logge på Kvalitetslosen hjemmefra, og hun mente det var positivt at de ville bruke fritiden på dette. Avdelingssykepleieren var imidlertid uenig med de ansatte i at det generelt ikke var nok tid til å melde avvik. Det var nylig utarbeidet en ny turnus for de som arbeidet 100 prosent, noe som innebar at flere dagvakter i løpet av en uke overlappet kveldsvaktene i en time. Denne tiden skulle benyttes til blant annet dokumentasjon, arbeid med pårørende, arbeid med tiltaksplaner, til å lese prosedyrer og til å melde avvik. De som jobbet deltid, hadde ofte kortere arbeidsdager, noe som innebar at de var på jobb i den travleste perioden av vekten. For disse var det vanskeligere å avsette tid til å benytte Kvalitetslosen. Tilsvarende gjaldt på kveldsvakter, hvor det var færre på jobb enn på dagvakter, sa avdelingssykepleieren.

Avdelingssykepleieren på avdeling 5 fortalte at de ansatte hadde travle dager, og at det generelt var lite tid å avsette til blant annet å melde avvik. Hun hadde forståelse for at de ansatte prioriterte andre oppgaver, eksempelvis journalføring.

De fleste ansatte vi intervjuet, oppga at det var lite tid til å benytte Kvalitetslosen i arbeidstiden. Enkelte uttalte at det å skrive avvik ville

innebære at de måtte arbeide utover ordinær arbeidstid. De presiserte at de ikke ønsket å bruke fritiden sin på å skrive avvik.

4.1.3 Kommunerevisjonens vurdering

De ansatte vi intervjuet hadde brukernavn og passord, men det fremkom at enkelte hadde vært uten passord i flere måneder. Vi ser at det kan være vanskelig for ledelsen å ha oversikt over om alle ansatte har brukernavn og passord til enhver tid. Ansattes manglende tilgang til systemet skapte en risiko for at avvik som skulle vært meldt, ikke meldes.

Ifølge de fleste ansatte var tilgangen til datamaskiner ikke et hinder for å bruke Kvalitetslosen.

De ansatte oppga at de hadde lite tid til å bruke Kvalitetslosen i løpet av en vakt, og de fleste ansatte oppga manglende tid som årsak til at de ikke meldte alle avvik, jf. delkapittel 4.3.2. Undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for en klar vurdering av dette temaet.

4.2 Opplæring

I det følgende vurderer vi opplæringen av de ansatte i Kvalitetslosen ved Lilleborg sykehjem.

4.2.1 Revisjonskriterium

- Alle ansatte ved sykehjemmet skal gis opplæring i bruken av Kvalitetslosen, herunder registreringen og behandlingen av avvik.

Vi har blant annet undersøkt om de ansatte hadde fått opplæring i Kvalitetslosen, herunder om de fikk opplæring i hva som skulle registreres som avvik, og hvordan de skulle registrere avvikene.

Som en del av undersøkelsen har vi sett på de ansattes kompetanse i Kvalitetslosen, for å vurdere om det forelå et opplæringsbehov ved sykehjemmet.

4.2.2 Faktabeskrivelse

Avdelingslederne hadde ansvaret for å sikre at de ansatte fikk nødvendig opplæring. Sykehjemmets superbruker¹¹ på Kvalitetslosen var ansvarlig for gjennomføringen. Hun oppga at det ble arrangert kurs i Kvalitetslosen ved sykehjemmet hvert halvår, og at tidspunktene ble tilpasset slik at også sommervikarer fikk deltatt. De siste kursene ble holdt i september 2013. Kursene var som regel av én times varighet. Det ble ført deltakerlister, og vi ble forevist disse. Sykehjemmet hadde imidlertid ikke en oversikt over hvilke ansatte som *ikke* hadde mottatt opplæring. Superbrukeren på Gerica i avdeling 4 hadde våren 2014 fått et særlig ansvar for å kartlegge opplæringsbehovet i avdelingen og veilede de ansatte i bruken av Kvalitetslosen.

Sykehjemmet benyttet ifølge superbrukeren ikke skjemaet “Sjekkliste opplæring ansatte” som var vedlagt Sykehjemsetatens prosedyre “Administrasjon av ansatte, enheter og roller i Kvalitetslosen”.

Superbrukeren opplyste at nyansatte fikk opplæring i avdelingene i blant annet de ulike dataprogrammene, også Kvalitetslosen. I tillegg til den organiserte opplæringen ble de ansatte veiledet i det daglige etter behov av avdelingssykepleier, sykehjemmets to superbrukere og andre kollegaer.

Alle de ansatte vi intervjuet, med unntak av én ekstravakt i hver avdeling, oppga at de hadde fått opplæring i bruken av Kvalitetslosen. Noen hadde fått undervisning flere ganger. De oppga i all hovedsak at de hadde fått opplæring i pålogging, hvordan finne frem til prosedyrer, og hvordan registrere avvik. Enkelte ansatte vi snakket med, mente at opplæringen blant annet burde vart lenger, og at det burde ha vært

mulighet for å øve i forlengelsen av kurset. De mente også at kurset burde ha vært grundigere på enkelte punkter (for eksempel i det å skrive avvik og søke etter prosedyrer). De to ekstravaktene som ikke hadde fått opplæring, hadde heller ikke fått tilbud om det.

Institusjonssjefen oppga at det kunne være ansatte som ikke hadde fått opplæring, og at manglende eller mangelfull opplæring kunne være en årsak til at ikke alle ansatte meldte avvik. Avdelingssykepleieren ved avdeling 4 fortalte at ekstravaktene ikke hadde gått på kurs, men stort sett hadde gjennomgått Kvalitetslosen med avdelingens superbruker på Gerica eller andre kollegaer. Videre tvilte hun på om ansatte ved avdelingen hadde fått opplæring i bruken av leselister i dokumentmodulen. Avdelingsledelsen i avdeling 5 fortalte at flere av de ansatte i avdelingen manglet grunnleggende datakunnskaper.¹²

Som nevnt over oppga de fleste ansatte vi intervjuet som hadde fått opplæring, at de hadde fått opplæring i hvordan de skulle registrere avvik. Superbrukeren på Gerica i avdeling 4 og avdelingsledelsen i avdeling 5 erfarte at enkelte følte seg usikre på hvordan avvik skulle skrives, og mente at dette kunne være en årsak til at få avvik ble meldt. Erfaringen var at mange opplevde det som svært vanskelig å kategorisere avviket, og det ble antydnet at dette kunne være et hinder for at avvik ble meldt. To ansatte fortalte at de syntes det var vanskelig å registrere avvik fordi man flere steder måtte foreta valg mellom ulike kategorier (se delkapittel 2.2 for mer informasjon om hvordan de ansatte skulle registrere avvikene). Institusjonssjefen opplyste at de ansatte hadde fått opplæring i at det ikke var så viktig hvilken kategori de valgte, ettersom behandleren kunne korrigere kategorien.

Institusjonssjefen og superbrukeren oppga

¹¹ Sykehjemmet hadde to koordinerende superbrukere i Kvalitetslosen, men denne superbrukeren hadde blant annet ansvaret for opplæring, og er den superbrukeren som vi referer til i resten av kapittelet.

¹² Avdelingsledelsen i avdeling 5 var avdelingssykepleier og assisterende avdelingssykepleier.

at opplæringen også hadde handlet om hvilke hendelser som skulle registreres som avvik. Institusjonssjefen antok likevel at dette ikke alltid var tydelig for de ansatte. Avdelingssykepleierne oppga at alle ansatte, også ekstravaktene, hadde fått opplæring i sykehjemmets avviksbehandling, og at de i det daglige veiledet om hvilke hendelser som skulle meldes som avvik. Flere av de ansatte oppga at opplæringen hadde handlet om hva som skulle meldes som avvik, men det var også flere som fortalte at det ikke hadde vært tema.

Vi snakket med de ansatte om hvilke hendelser de mente skulle meldes som avvik, for om mulig å se om det forelå et opplæringsbehov på dette området. De ansatte beskrev ulike uønskede hendelser som avvik, for eksempel mangelfull pleie og stell av pasienter, feilmedisinering, pasienter som falt, dårlig innemiljø, manglende hygiene og utstyr som manglet eller ikke virket. En ansatt i avdeling 5 fortalte at diskusjoner mellom de ansatte viste at de hadde ulike oppfatninger av hvilke hendelser som skulle meldes som avvik. I intervjuene så vi også slike forskjellige oppfatninger. For eksempel varierte oppfatningene blant noen ansatte om de skulle melde avvik dersom man ikke rakk alle oppgaver på vakt knyttet til pasientene, for eksempel dusjing. Enkelte mente at det var tilstrekkelig å rapportere dette til de som kom på neste vakt, mens andre mente slike hendelser skulle meldes som avvik.

Videre beskrev de ansatte ulik praksis for å melde avvik i de tilfellene man fant medisiner på avdelingen, for eksempel på gulvet. Avdelingssykepleieren på avdeling 4 oppga at hun overfor de ansatte hadde understreket at det var uakseptabelt at slike avvik skjedde, og at det var uakseptabelt at avviket ikke ble meldt i Kvalitetslosen. Avdelingssykepleieren på avdeling 5 mente derimot at funn av medikamenter var et forhold som måtte tas opp der og da. Hvis man fant ut av hvorfor medisinen ikke var tatt, skulle hendelsen ikke

meldes i Kvalitetslosen. Forholdet skulle imidlertid alltid tas opp med personalet. Ved gjentakelser skulle imidlertid slike hendelser meldes som avvik i Kvalitetslosen. Institusjonssjefen mente på sin side at funn av medikamenter var et alvorlig avvik som skulle meldes i Kvalitetslosen, uavhengig av om hendelsen ble oppklart der og da. Institusjonssjefen oppga videre at avvik alltid skulle meldes, uavhengig av om forholdet hadde skjedd tidligere eller ikke. Det var blant annet viktig for at sykehjemmet skulle få en riktig statistikk på legemiddelområdet. Ledelsen hadde jobbet særskilt med legemiddelhåndteringen og hadde høye krav til praksis, sa institusjonssjefen.

Superbrukeren opplyste at det på kursene ble informert om at avvikene ble meldt til nærmeste leder, og at det deretter kunne gå videre til institusjonssjefen og Sykehjemsetatens administrasjon. Vi spurte 9 av de 14 ansatte vi intervjuet, om de kjente til hvordan avvikskjeden var bygget opp i Sykehjemsetaten.¹³ To ga en riktig beskrivelse av gangen i avviksbehandlingen. Seks ansatte beskrev avvikskjeden frem til institusjonssjefen, men kjente enten ikke til at avviket kunne bli sendt videre etter dette, eller var usikre på hvor det eventuelt ble sendt.¹⁴ En ansatt husket ikke hvordan avvikskjeden var bygget opp.

4.2.3 Kommunerevisjonens vurdering

Lilleborg sykehjem hadde ikke tilfredsstillende rutiner for å sikre at alle ansatte ble gitt tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen. De fleste av de ansatte vi intervjuet, hadde fått opplæring i bruken av Kvalitetslosen. Undersøkelsen avdekket imidlertid et behov for ytterligere opplæring, blant annet i hvilke hendelser som skulle meldes som avvik, og hvordan de skulle registreres i Kvalitetslosen. For eksempel var det enkelte, både blant de ansatte og i ledelsen, som mente at man ikke

¹³ Åtte av disse hadde fått opplæring.

¹⁴ En av disse hadde ikke fått opplæring.

nødvendigvis måtte melde avvik om man fant medisiner på avdelingen.

Det er viktig at de ansatte får tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen, og at de har en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik, for at de skal kunne bidra til at sykehjemmet lærer av feil og uønskede hendelser, forebygger gjentakelser og forbedrer tjenestene.

4.3 Avviksmeldinger

I det følgende vurderer vi om sykehjemmet sikret at avvik ble meldt i Kvalitetslosen.

4.3.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemmet skal sikre at avvik blir meldt i Kvalitetslosen.

Vi har sett nærmere på hvordan ledelsen arbeidet for å få de ansatte til å melde avvik i Kvalitetslosen, og om de ansatte ved sykehjemmet meldte avvik.

4.3.2 Faktabeskrivelse

Ledelsens arbeid for å få de ansatte til å melde avvik

Institusjonssjefen oppga at hun hadde formidlet at de ansatte skulle oppfordres til å melde avvik, og at det skulle understrekes at avvikene kunne meldes senere, dersom de ansatte ikke hadde tid den aktuelle dagen. Viktigheten av å melde avvik hadde vært formidlet i opplæringen, og både hun og avdelingssykepleierne formidlet dette i det daglige. For å underbygge ledelsens budskap var det ifølge institusjonssjefen viktig at ledelsen tok meldte avvik alvorlig. De ansatte var også informert om at de kunne få hjelp til å skrive avvik ved behov. Å få de ansatte til å forstå betydningen av avvik var en kontinuerlig prosess, og sykehjemmet var nok ikke i mål på dette ennå. Institusjonssjefen mente videre at det var viktig at kun ledelsen kjente melderens identitet. Melderen ble for eksempel alltid anonymisert ved behandlingen av avviket i Kvalitetsutvalget. Institusjonssjefen oppga

videre at de ansatte skulle være trygge på at de ikke fikk represalier etter å ha meldt avvik. Ved avviksbehandlingen hadde ledelsen fokus på systemet og ikke på enkeltpersoner, sa hun.

Avdelingssykepleieren i avdeling 4 fortalte at hun jobbet kontinuerlig med å følge opp de ansattes bruk av Kvalitetslosen, og at hun ga veiledning om hvilke forhold som skulle meldes i Kvalitetslosen, jf. delkapittel 4.2.2. Det hendte hun ba ansatte melde konkrete hendelser som avvik, og hun fulgte opp overfor vedkommende dersom dette ikke ble gjort. Ved behov bisto hun eller superbrukeren på Gerica ved registreringer av avvik. Hun la særlig vekt på å følge opp nyansatte, da det var viktig å få disse inn i en kultur med aktiv bruk av avvikssystemet. Da Kvalitetslosen ble innført, ble det meldt få avvik. De ansatte hadde forklart at de syntes det var greiere å snakke med hverandre. I tillegg hadde hun erfart at mange ansatte hadde tatt avvik personlig. Hun hadde derfor arbeidet aktivt med holdningsendring både i fagmøter og spesifikt overfor enkeltpersoner. Hun hadde lagt vekt på å fremheve at avvik var en kilde til læring og forbedring, ikke angiveri. Videre hadde hun arbeidet aktivt for å få en kultur hvor de ansatte snakket til hverandre og ikke om hverandre. I tråd med dette orienterte hun som oftest avdelingen om hvem som hadde meldt de ulike avvikene. Hun opplevde at terskelen for å melde avvik var blitt lavere etter hvert som de ansatte erfarte at avviksbehandlingen kunne medføre forbedringer, men det var fortsatt en varierende praksis. Hun oppga at noen hadde lav terskel for å melde avvik. Andre ansatte meldte sjelden eller aldri. De hadde gitt uttrykk for at de valgte å snakke direkte med berørte kollegaer, dersom avviket ikke var alvorlig.

Avdelingssykepleieren i avdeling 5 fortalte at hun ga veiledning om hvilke forhold som skulle meldes i Kvalitetslosen, jf. delkapittel 4.2.2. Det hendte hun oppfordret ansatte til å melde konkrete hendelser som avvik. Ved behov ville hun eller assisterende avdelingssykepleier bistå

ved registreringen av avvik. Hun hadde for øvrig ikke gjort noe ekstra for å få de ansatte til å melde avvik. Hun mente de ansatte til en viss grad forsto viktigheten av å melde avvik, men at de hadde travle dager og prioriterte andre oppgaver. En annen årsak til at det ble meldt få avvik, mente hun kunne være at de ansatte ikke så Kvalitetslosen som et verktøy til forbedring, og at de derfor valgte å snakke med hverandre fremfor å melde avvik i Kvalitetslosen. Hun erfarte at enkelte ansatte var skeptiske til å melde avvik fordi de følte at det var å angi kollegaer. Overfor disse hadde hun understreket at det var positivt å melde avvik, og at ingen ble “straffet” for det. Samlet sett opplevde hun at disse holdningene var i ferd med å endre seg, og at det ved avdelingen nå var en større forståelse og bruk av avvikssystemet. Når HMS-avvik var ferdigbehandlet, tok hun en utskrift fra Kvalitetslosen og satte det inn i HMS-permen på avdelingen, slik at alle kunne lese det. Melderen ble i den forbindelse ikke anonymisert. Vi observerte dette ved gjennomgang av én perm på avdelingen.

De ansatte vi intervjuet, ga i all hovedsak uttrykk for at det var viktig å melde avvik for å skape forbedringer og slik forebygge gjentakelser. Videre bekreftet alle de ansatte vi intervjuet, at avdelingssykepleierne stadig oppfordret de ansatte til å melde avvik. Dette ble gjort både overfor enkeltpersoner og i samlinger, for eksempel i forbindelse med rapport og i ulike møter på avdelingen.

Melding av avvik i Kvalitetslosen

Ved Lilleborg sykehjem ble det i 2013 meldt i gjennomsnitt 2,4 avvik per døgnplass. Per 31.12.2013 var det 120 døgnplasser ved sykehjemmet, og det ble i løpet av 2013 meldt 285 avvik. Ved de 26 kommunale sykehjemmene ble det meldt i gjennomsnitt 1,88 avvik per døgnplass det året.¹⁵

¹⁵ Per døgnplass per 31.12.2013. Antall døgnplasser kunne variere gjennom året.

Blant avvikene meldt ved Lilleborg sykehjem var 174 kategorisert som *tjeneste/bruker/pasient*, 80 som *organisasjon/internt* og 93 som *HMS*. Et avvik kunne meldes i flere kategorier samtidig. Tabell 1 viser hvordan de meldte avvikene fordelte seg i sykehjemmet:

Tabell 1 Lilleborg sykehjem: antall meldte avvik, antall ansatte som hadde meldt avvik, antall ansatte per avdeling i løpet av 2013 og antall årsverk i 2013

Avdeling	Antall meldte avvik	Antall ansatte som hadde meldt avvik	Antall ansatte i løpet av 2013	Antall årsverk 2013
1: Korttidsplasser og nattsykepleiere	45	8	29	22,2
2: Korttidsplasser/langtidsavdeling	109	12	28	19,2
3: Ordinær langtidsavdeling	32	10	23	17,6
4: Ordinær langtidsavdeling	47	13	24	17,1
5: Ordinær langtidsavdeling	27	10	18	17,3
Ekstravakter	0	0	104*	
Andre**	25	6	39	22,4
Totalt	285	59	265	115,8

Note: Antall meldte avvik og antall ansatte som hadde meldt avvik, er basert på oversendt statistikk fra Sykehjemsetaten. Antall ansatte i løpet av 2013 er hentet fra Oslo kommunes HR-system. Antall årsverk er basert på informasjon fra Lilleborg sykehjem. * Inkluderer ikke 27 ekstravakter som også var registrert som ansatte i en annen avdeling i løpet av 2013. ** Inkluderer blant annet ledelsen, rehab-fysio og kjøkkenet.

Tabell 1 viser at 59 av 265 ansatte ved Lilleborg sykehjem meldte avvik i løpet av 2013. Videre viser tabellen at det varierte hvor mange avvik som ble meldt ved hver avdeling. Avdeling 5 meldte færrest avvik, med 27 avvik, mens avdeling 2 meldte flest avvik, med 109 avvik. Denne variasjonen kan rimeligvis tilskrives en rekke faktorer, hvorav ansattes praksis for å melde avvik kun er én. I hver av de fem

avdelingene hadde mellom 8 og 13 ansatte meldt avvik, mens antall ansatte i avdelingene i løpet av 2013 varierte fra 18 til 29. Tabellen viser også at ingen av de 104 ekstravaktene meldte avvik i 2013.

Vi har telt opp hvor mange avvik hver ansatt meldte i 2013. Tabell 2 viser hvordan antall avviksmeldinger og antall ansatte fordelte seg ved Lilleborg sykehjem:

Tabell 2 Antall ansatte fordelt på antall avviksmeldinger i 2013

Antall avviksmeldinger	0	1–5	6–10	Flere enn 10
Antall ansatte som meldte dette antallet avvik	206	43	9	7

Tabell 2 viser blant annet at syv ansatte hadde meldt over 10 avvik hver i løpet av 2013. Disse syv sto for totalt 119 av de 285 avviksmeldingene ved Lilleborg sykehjem i løpet av 2013, tilsvarende om lag 40 prosent av alle avviksmeldingene. To ansatte hadde meldt over 20 avvik, med 24 og 42 avviksmeldinger hver. Tabell 2 viser også at 206 ansatte ikke meldte noen avvik i løpet av 2013.

Institusjonssjefen antok at det var en underrapportering av avvik ved sykehjemmet. Tilsvarende mente avdelingssykepleierne var tilfellet ved avdelingene 4 og 5.

Vi snakket som nevnt med 14 ansatte ved Lilleborg sykehjem, sju i avdeling 4 og like mange i avdeling 5, for å høre om deres erfaringer med avvikssystemet i Kvalitetslosen. Med unntak av tre personer oppga alle vi intervjuet, at de hadde meldt avvik i Kvalitetslosen. Én av de tre som ikke hadde meldt avvik i Kvalitetslosen, hadde ikke hatt tilgang til Kvalitetslosen, men hadde meldt ett avvik per e-post til avdelingssykepleieren. Én av de to som aldri hadde meldt avvik, oppga at årsaken til dette i hovedsak var mangel på tid. Den andre var ekstravakt. Hun hadde ved ett tilfelle funnet tabletter på gulvet i avdelingen og varslet sykepleieren, som meldte avviket i Kvalitetslosen.

Med ett unntak oppga de elleve som hadde meldt avvik i Kvalitetslosen, at de ikke meldte alle avvikene de opplevde. De oppga i hovedsak manglende tid til å skrive avvik i arbeidstiden som årsak. Én ansatt fortalte at det å skrive avvik innebar at andre oppgaver måtte nedprioriteres. Konsekvensen av avviket var derfor alltid bestemmende for om vedkommende meldte avviket. Flere fortalte at de ofte valgte å ta saken opp med berørte kollegaer i stedet for å melde avviket i Kvalitetslosen. Flere pekte på at det var ubehagelig å melde avvik som berørte en kollega, da det kunne medføre problemer for

kollegaen. Enkelte uttrykte også bekymring for at de ved å melde avvik kunne bidra til at det oppsto konflikter mellom ansatte.

Enkelte ansatte fortalte at de hadde hatt ubehagelige opplevelser etter å ha meldt avvik. Opplevelsene kunne for eksempel dreie seg om negative kommentarer fra kollegaer eller diskusjoner med ledelsen, blant annet knyttet til om hendelsen skulle vært meldt som et avvik i Kvalitetslosen. Enkelte kjente også til at det var oppstått konflikter mellom kollegaer etter avviksmeldinger.

I begge avdelingene opplyste flere av de ansatte vi intervjuet, at avdelingssykepleieren hadde angitt deres eller kollegaers navn i forbindelse med omtalen av meldte avvik.

Det var kun få ansatte som oppga manglende anonymitet eller uro for negative reaksjoner fra ledelsen eller kollegaer som årsak til at de ikke meldte avvik i Kvalitetslosen.

Vi intervjuet en ansatt som hadde jobbet ved sykehjemmet i flere år, som hadde fått opplæring i bruk av Kvalitetslosen, og som nylig hadde vært inne i systemet for første gang og meldt avvik. Vedkommende hadde lest om avvik i Kvalitetslosen og etter dette forstått at formålet var forbedring og ikke å angi kollegaer. Vedkommende ville heretter melde avvik i Kvalitetslosen.

4.3.3 Kommunerevisjonens vurdering

Undersøkelsen viser at det var en underrapportering av avvik ved de to undersøkte avdelingene, og at det ikke var etablert en tilfredsstillende praksis for melding av avvik i Kvalitetslosen.

Når sykehjemmet ikke sikrer at avvik i tilstrekkelig grad blir meldt i Kvalitetslosen, blir det vanskelig å bruke Kvalitetslosen til å lære av feil og uønskede hendelser, forebygge gjentakelser og forbedre tjenestene.

4.4 Behandling av meldte avvik

I det følgende vurderer vi avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem. I tillegg beskriver vi behandlingen av ett avvik i Sykehjemsetatens administrasjon.

4.4.1 Revisjonskriterium

- Avvik meldt i Kvalitetslosen skal følges opp, og nødvendige tiltak skal iverksettes.

Vi har kun sett på behandlingen av avvik innen kategoriene *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt*. Vi har ikke sett på behandlingen av avvik som kun var meldt i kategorien *HMS*.

Oppfølging av meldte avvik i revisjonskriteriet omfatter både oppfølging av enkeltavvik og avviksmeldinger over tid.

Som nevnt i delkapittel 2.2 skulle avviksbehandleren ifølge Sykehjemsetatens prosedyre dokumentere vurderinger og eventuelle tiltak i selve avviksmeldingen. Vi har gått nærmere gjennom 19 avviksmeldinger som var meldt ved Lilleborghjemmet og lukket i perioden mars 2013–februar 2014. Vi har sett på om avviksbehandlerne hadde vurdert:

- hvilke standarder det var avvik fra
- risiko
- tiltakenes hensiktsmessighet

Vi har også sett på hvor lang tid det tok å lukke avviksmeldingene, og om sykehjemmet hadde vurdert mønstre i avviksmeldingene.

4.4.2 Faktabeskrivelse

Lilleborg sykehjems behandling av enkeltavvik

Avvik fra fast ansatte ble meldt til avdelingslederen, mens avvik fra ekstravakter ble meldt direkte til institusjonssjefen.¹⁶ Hun videresendte disse til den aktuelle

avdelingslederen, som hadde ansvaret for å følge opp avviket. Institusjonssjefen og avdelingssykepleierne oppga at eventuelle tiltak skulle være gjennomført før avviket kunne lukkes.

Institusjonssjefen opplyste at hun tok stikkprøver av avviksmeldinger meldt ved sykehjemmet innimellom. Dette var ikke systematisert. Hun hadde en høy terskel for å involvere seg i avvik som var behandlet av andre.

Avvik som ikke avdelingslederne selv kunne lukke, eller alvorlige avvik skulle avdelingslederne alltid videresende til institusjonssjefen for videre oppfølging. Dette kunne for eksempel være alvorlige avvik knyttet til medikamenthåndteringen og avvik knyttet til Gerica. Institusjonssjefen oppga at hun hadde en høy terskel for å videresende avvik til områdedirektøren i Sykehjemsetaten, som hadde ansvaret for 26 sykehjem. Hun videresendte imidlertid alltid avvik knyttet til systemfeil, problemer eller feil med bygning/heiser, alvorlige medikamentavvik, avvik som kunne gi alvorlige konsekvenser for kvaliteten, og avvik som omhandlet spesialisthelsetjenesten.

Institusjonssjefen oppga at hun fikk færre automatisk videresendte avvik etter at det var innført e-postvarsling om mottatte avvik. Hun antok at automatisk videresendte avviksmeldinger i all hovedsak skyldtes at avdelingslederne ikke hadde kapasitet til fortløpende å behandle avvikene de mottok. Avdelingssykepleieren i avdeling 4 bekreftet dette for egen del og fortalte at avvik hun hadde mottatt i stor utstrekning var blitt automatisk videresendt til institusjonssjefen, som hadde minnet henne om saken. Ordningen med varsel per e-post hadde imidlertid bedret situasjonen og bidratt til at hennes behandlingstid på avvik var redusert siden årsskiftet 2013/14.

¹⁶ Dette skyldtes at Sykehjemsetatens administrasjon registrerte alle ekstravaktene samlet i kategorien "salg av plasser" i person- og ressurskatalogen. De ble derfor ikke tilknyttet noen avdeling.

Institusjonssjefen og de to avdelingssykepleierne oppga at det hendte de ga andre i oppgave å følge opp avviket. I slike tilfeller forsto institusjonssjefen at tiltaket var lukket dersom det ikke kom tilbake til henne. Hun kunne da eventuelt gå inn i Kvalitetslosen og lese nærmere om hva som var gjort. Avvik som det var spesielt viktig å følge opp, overførte hun til sitt personlige arkiv i Kvalitetslosen. Begge avdelingssykepleierne oppga at de alltid ble orientert muntlig eller skriftlig når oppgavene var utført.

Avdelingssykepleieren i avdeling 4 opplyste at hun i forbindelse med vaktskiftet fortalte om avviksmeldinger hun hadde mottatt, hvordan hun vurderte dem, og hvordan de ble fulgt opp. De ansatte som var til stede, ble bedt om å informere videre i senere rapporter.

Avdelingssykepleieren i avdeling 5 oppga at hun informerte om mottatte avvik og hvordan de var fulgt opp, herunder eventuelle iverksatte tiltak, på personalmøter og fagmøter. Dette ble bekreftet av flere ansatte i begge avdelingene.

Den som hadde meldt avviket, kunne følge behandlingen av det i Kvalitetslosen. Enkelte av de ansatte fortalte at de hadde fulgt behandlingen, og at de i tillegg hadde mottatt tilbakemelding på avviket direkte fra avdelingssykepleieren. Avdelingssykepleieren i avdeling 4 fortalte at hun alltid sendte e-post til de som var på jobb da hendelsen skjedde, og orienterte om eventuelle tiltak, eventuelt til alle ansatte om det var behov for det. Avdelingssykepleieren i avdeling 5 fortalte at hun alltid ga melder en utskrift av det ferdigbehandlede avviket.

Institusjonssjefen fortalte at sykehjemmet nettopp hadde hatt farmasøytisk tilsyn og kom godt ut av dette. Hun mente det var et resultat av sykehjemmets forbedringsarbeid knyttet til håndteringen av legemidler, hvor nettopp oppfølging av avvik registrert i Kvalitetslosen hadde vært et viktig virkemiddel.

Blant de ansatte ble det blant annet nevnt at avvik hadde medført en bedre praksis knyttet til legemiddelhåndtering og forbedrede kjøkkenrutiner, samt innkjøp av ekstra forflytningsutstyr.

Kommunerevisjonens gjennomgang av avviksmeldinger

Vi så nærmere på 19 utvalgte avviksmeldinger, 9 knyttet til avdeling 4 og 10 knyttet til avdeling 5. Avvikene var meldt i kategoriene *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt*. De var lukket i perioden mars 2013–februar 2014. Eksempler på meldte avvik var manglende oppfølging av pasient, feil knyttet til legemiddelhåndtering, underbemanning, manglende utstyr på avdelingen og datatekniske problemer.

Av de 19 avviksmeldingene ble 18 behandlet og lukket ved Lilleborg sykehjem. Sykehjemmet videresendte én avviksmelding til Sykehjemsetatens administrasjon, hvor avviksmeldingen ble lukket.

De 9 avviksmeldingene knyttet til avdeling 4 ble lukket ved sykehjemmet i gjennomsnitt innen 23 dager. De 10 avviksmeldingene knyttet til avdeling 5 ble lukket ved sykehjemmet, eller sendt videre fra sykehjemmet til Sykehjemsetatens administrasjon, i gjennomsnitt innen 15 dager. Omtrent halvparten av de 19 avviksmeldingene ble automatisk videresendt internt i Lilleborg sykehjem, fordi de ikke var lukket eller aktivt videresendt innen 14 dager.

Ifølge Sykehjemsetatens prosedyre for avviksbehandling måtte tiltak som var opprettet i avviket, kvitteres utført før avviket kunne lukkes. Videre skulle avviksbehandlerens vurdering av avviket og eventuelle tiltak dokumenteres i avviksmeldingen.

Vi så på hvordan avviksmeldingene var behandlet ved sykehjemmet. I alle de 18 avviksmeldingene hadde avviksbehandlerne skrevet i ett eller begge feltene hvor de kunne

beskrive eventuelle vurderinger og tiltak. Ifølge én av avviksmeldingene var det ikke iverksatt tiltak opp mot den konkrete situasjonen som var beskrevet i avviksmeldingen.

I fire av avviksmeldingene var det vanskelig å forstå innholdet, herunder om tiltak hadde blitt eller skulle bli iverksatt. For eksempel sto det i en melding om feil knyttet til medisineringsen av en pasient: "Dette følges opp."

Åtte avviksmeldinger var lukket med en angivelse av fremtidige tiltak. Eksempler på tiltak var at avdelingssykepleier skulle snakke med noen ansatte, at rutiner skulle innskjerpes i et møte, kartlegging av en beboer og mulig utarbeidelse av ny tiltaksplan, utarbeidelse av ny turnus og nye løsninger for medikamentoppbevaring. I to av disse avviksmeldingene var det angitt at tiltaket skulle gjennomføres før avviksmeldingen ville blitt automatisk videresendt etter to uker.

I fem avviksmeldinger var de beskrevne tiltakene oppgitt gjennomført før avviket var lukket. Tiltakene var for eksempel at hendelsen var blitt tatt opp med de aktuelle ansatte eller i et fagmøte. Ifølge én av disse avviksmeldingene var det ikke vurdert eller iverksatt tiltak for å forbedre den interne kommunikasjonen, som var et av de konkrete problemene som var beskrevet i avviksmeldingen.

I de gjennomgåtte avvikene fremgikk avviksbehandlernes vurdering av avvikene i svært liten grad, for eksempel hvilke standarder det var avvik fra, vurderinger av risiko og vurderinger av tiltakenes hensiktsmessighet for å forebygge gjentakelser. Det var for eksempel meldt flere avvik knyttet til underbemanning ved avdeling 5 høsten 2013. I avviksmeldingene oppga melderer at underbemanningen hadde medført stressede og slitsomme vakter. Det var blant annet ikke tid til å gjennomføre planlagte oppgaver, for eksempel dusjing av pasienter, journalføring og veiledning av nye kollegaer.

Det ble også pekt på problemer med å sette av nok tid til å hjelpe de beboerne som var avhengige av hjelp under måltidene. Avvikene var lukket med blant annet kommentarer om at en ny turnus for langtidspostene var under utarbeidelse. Avviksbehandleren skrev også at ledelsen hadde lite tid til alle de administrative oppgavene, og at mye sykefravær gjorde det enda vanskeligere. Institusjonssjefen opplyste at avvikene kom i kjølvannet av en reduksjon i bemanningen, som følge av en avvikling av dobbeltrom. Hun oversendte en risikovurdering fra april 2013 og tilhørende tiltak for å redusere risiko. Ett av tiltakene var å melde avvik i Kvalitetslosen hvis arbeidsbelastningen ble uforholdsmessig stor. Ut fra det som sto i avviksmeldingene, synes imidlertid ikke ledelsen å ha fulgt opp avviksmeldingene høsten 2013 med en ny vurdering av risikoen ved bemanningssituasjonen, eller behovet for å iverksette tiltak i påvente av en ny turnus.

I tre av avviksmeldingene oppga avviksbehandleren at hun blant annet hadde tatt opp hendelsen med den eller de det gjaldt, og at de hadde beklaget. I en avviksmelding sto det for eksempel blant annet: "Avviket ... er tatt opp med den det gjelder. Det var ifølge vedkommende en beklagelig forglemmelse grunnet mye å gjøre. Vedkommende vil gjøre sitt beste for å følge opp denne rutinen fremover."

Sykehjemets vurdering av mønstre i avviksmeldingene

Ifølge Sykehjemsetatens prosedyre for avviksbehandling skulle sykehjemmet ha oversikt over antall og mønstre på avvikene. Sykehjemmets avvik på *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt* skulle ifølge Sykehjemsetatens prosedyre gjennomgås hver måned i sykehjemmets lokale kvalitetsutvalg.

Avdelingssykepleieren i avdeling 4 fortalte at hun ikke vurderte avvikene for avdelingen samlet over tid. Avdelingssykepleieren i avdeling 5 oppga at hun fortløpende vurderte om det tidligere hadde vært meldt tilsvarende

avvik. Hun hadde også nylig tatt i bruk statistikkfunksjonen i Kvalitetslosen.

Institusjonssjefen og begge avdelingssykepleierne oppga at avvik og avviksstatistikk for bestemte perioder ble gjennomgått i sykehjemmets kvalitetsutvalg.¹⁷ I Kvalitetsutvalget møtte sykehjemmets ledere, én superbruker på Kvalitetslosen og lege. I Kvalitetsutvalget ble avvik som kunne være representative, tatt opp. Videre ble eventuelle tiltak med tanke på forbedringer diskutert. Gjennomgangen av avvikene hadde blant annet medført at sykehjemmet hadde gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til håndteringen av kjemikaler og nye porttelefoner ved sykehjemmet. Dersom gjennomgangen av avvikene viste en tendens for enkelte avdelinger, fulgte institusjonssjefen opp dette i samarbeid med den aktuelle avdelingslederen.

Ifølge referatene fra de ni møtene i kvalitetsutvalget i perioden mars 2013–februar 2014 var ikke mønstre i avviksmeldingene diskutert. Referatene tydet på at utvalget ved ett tilfelle hadde diskutert at antall avviksmeldinger dalte, og ved et annet tilfelle at en del ansatte meldte hendelser som ikke burde vært meldt som avvik. Referatene viste heller ikke at enkeltavvik hadde blitt drøftet. Institusjonssjefen opplyste at avviksbehandlingen hadde hatt større plass i møtene enn det som fremkom av referatene. Sykehjemmet opplyste også at det hadde gjennomført risikovurderinger som følge av medikamentavvik.

Behandling av avviksmeldingene i Sykehjemsetatens administrasjon

Lilleborg sykehjem sendte én av de 19 avviksmeldingene vi gjennomgikk, videre til områdedirektøren i Sykehjemsetaten. Den handlet om samarbeidet med en ekstern samarbeidspartner. Områdedirektøren skulle bringe avviket videre til samarbeidspartneren.

Områdedirektørene kunne lese alle avviksmeldingene meldt ved sykehjemmene, og de oppga å lese avviksmeldinger av og til. Områdedirektøren hadde ikke lest noen av de 19 avviksmeldingene fra Lilleborg vi så nærmere på, bortsett fra den ene meldingen som ble sendt til Sykehjemsetatens administrasjon.

4.4.3 Kommunerevisjonens vurdering

Den dokumenterte behandlingen av avvik ved Lilleborg sykehjem la i liten grad grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og systematisk forbedring av tjenestene.

Undersøkelsen viser at halvparten av de gjennomgåtte avviksmeldingene ble automatisk videresendt, fordi de ikke var behandlet innen 14 dager. Sen avviksbehandling kan svekke de ansattes tillit til avvikssystemet og redusere deres motivasjon for å melde avvik. Vi merker oss at institusjonssjefen oppga at antall automatisk videresendte avvik var gått ned etter at det var innført en elektronisk varsling om mottatte avviksmeldinger.

Avviksbehandlere hadde i svært liten grad dokumentert hvilke standarder det var avvik fra, samt vurderinger av risiko og tiltakenes hensiktsmessighet.

I enkelte tilfeller hadde ikke behandleren vurdert eller iverksatt tiltak opp mot de konkrete forholdene som var beskrevet i avviksmeldingene, og i noen avviksmeldinger var det vanskelig å forstå om tiltak hadde blitt eller skulle bli iverksatt.

Vi stiller spørsmål ved hensiktsmessigheten av at ledelsen hadde videreformidlet beklagelser fra enkeltpersoner i enkelte avviksmeldinger. En praksis hvor ledelsen i avviksbehandlingen kan oppleves å fokusere på hvem som har gjort feil, skaper en risiko for at de ansatte ikke melder fra om avvik.

¹⁷ HMS-avvik ble gjennomgått i HMS-møtene.

Når det gjaldt sykehjemmets vurdering av mønstre i avviksmeldingene, oppga ledelsen at den til en viss grad vurderte dette, blant annet i det lokale kvalitetsutvalget. Referatene tydet imidlertid på at dette skjedde i svært begrenset grad. Det er viktig at ledelsen systematisk vurderer hva det har blitt meldt avvik på, og særlig tendensen i hva det blir rapportert avvik på, fordi slike vurderinger kan bidra til viktig læring og gi grunnlag for å forbedre prosedyrer og rutiner i avdelingene. Av samme grunner er det også viktig at vurderingene blir dokumentert.

4.5 Dokumentmodulen

I det følgende beskriver vi sykehjemmets bruk av og de ansattes erfaring med dokumentmodulen i Kvalitetslosen.

Sykehjemmet hadde utarbeidet egne prosedyrer som var lagt inn i dokumentmodulen i Kvalitetslosen. Institusjonssjefen og avdelingssykepleieren i avdeling 4 oppga at de i løpet av det siste året var blitt klar over hvor mye dokumentasjon som for øvrig var tilgjengelig i dokumentmodulen. Ledelsen fortalte at de arbeidet med å bevisstgjøre de ansatte på nytten av å bruke dokumentmodulen, for eksempel ved å henvise dem til å sjekke der når de ble stilt spørsmål.

Leselistene ble ifølge assisterende avdelingssykepleier i avdeling 5 ikke tilpasset mottakeren, og alle fikk derfor mye

dokumentasjon som ikke var relevant for alle. Superbrukeren hadde ansvaret for å følge opp bruken av leselistene. Hun erfarte at de ansatte ikke signerte, men dette betydde ikke nødvendigvis at dokumentene ikke var lest.

Superbrukeren rapporterte til avdelingslederne og institusjonssjefen om status for de ansattes signering på leselistene omtrent hver annen måned. Det var avdelingslederne som hadde ansvaret for å følge opp dette videre. Avdelingssykepleieren i avdeling 4 oppga at hun ikke hadde oversikt over hvilke ansatte som hadde signert for å ha lest dokumentene som ble lagt ut på leselistene, men erindret at superbrukeren ved ett tilfelle hadde bedt henne om å purre på de ansatte. Avdelingssykepleieren i avdeling 5 sa at hun sjekket om de ansatte hadde signert for å ha lest dokumentene minst én gang i uka. Hun erfarte at dette i liten grad ble gjort. Hun uttrykte forståelse for dette, da det var mange store dokumenter, og mange oppga at de ikke ville signere før de hadde lest grundig gjennom dokumentet.

De ansatte vi intervjuet i begge avdelingene, var i all hovedsak kjent med og hadde benyttet dokumentmodulen. Flere bekreftet at avdelingssykepleierne hadde oppfordret de ansatte til å benytte dokumentmodulen i Kvalitetslosen. Enkelte oppga at de hadde benyttet modulen først kort tid før intervjuet. Flere oppga at de syntes det var lett å finne frem i dokumentmodulen.

5. Ryenhjemmet

Vi undersøkte hvordan Kvalitetslosen ble brukt ved Ryenhjemmet. I 2013 var det 148 døgnplasser ved sykehjemmet,¹⁸ fordelt på fem avdelinger. To avdelinger hadde ordinære langtidsplasser, én avdeling hadde korttidsplasser, og det var én skjermet enhet.

Vi undersøkte bruken av Kvalitetslosen ved avdeling 3 og 4. Begge avdelingene var ordinære langtidsavdelinger. Nattsykepleierne meldte avvik til avdeling 4, uavhengig av hvilken avdeling avviket gjaldt. Vi intervjuet blant andre 14 ansatte og deres ledere. Vi undersøkte også 19 avviksmeldinger nærmere.

Vi har undersøkt

- om Ryenhjemmet hadde tilrettelagt for at de ansatte skulle kunne benytte Kvalitetslosen i det daglige arbeidet
- om de ansatte fikk opplæring i bruken av Kvalitetslosen
- om ledelsen ved sykehjemmet sikret at avvik ble meldt i Kvalitetslosen
- om sykehjemmets og Sykehjemsetatens administrasjons behandling av meldte avvik var tilfredsstillende

Vi beskriver også de to avdelingenes bruk av dokumentmodulen.

5.1 Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen

I det følgende vurderer vi om sykehjemmet hadde lagt til rette for at de ansatte kunne bruke Kvalitetslosen.

5.1.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemmet skal legge til rette for at alle ansatte skal kunne benytte Kvalitetslosen i det daglige arbeidet.

Vi har sett nærmere på om de ansatte ved sykehjemmet hadde

- fått tildelt brukernavn og passord til Kvalitetslosen
- nødvendig tilgang til datamaskiner
- tilstrekkelig tid til å bruke Kvalitetslosen i det daglige arbeidet

5.1.2 Faktabeskrivelse

Brukernavn og passord

Institusjonssjefen opplyste at alle ansatte var registrert som brukere i Kvalitetslosen, og dermed hadde mulighet til å skaffe seg et passord til systemet. Avdelingslederen for avdeling 4 var koordinerende superbruker i Kvalitetslosen ved Ryenhjemmet. Han opplyste at alle ansatte ved sykehjemmet skulle ha brukernavn og passord, også ekstravakter, og det var avdelingsledernes ansvar å sørge for det. Avdelingslederen for avdeling 3 mente alle i hennes avdeling skulle ha brukernavn og passord, men verken de to avdelingslederne eller Ryenhjemmet hadde oversikt over hvem som hadde brukernavn og passord til Kvalitetslosen.

Innleide vikarer fra bemanningsbyråer fikk ikke brukernavn eller passord til Kvalitetslosen eller Gerica. Institusjonssjefen opplyste at sykehjemmet leide inn sykepleiere, og anslo at sykehjemmet ikke leide inn vikarer til flere enn åtte vakter per måned. De innleide vikarene skulle gi beskjed muntlig eller skriftlig om avvik til de ansatte, som skulle registrere avviket for dem i Kvalitetslosen.

Tre av fire ekstravakter vi snakket med, oppga at de ikke hadde, eller var i tvil om de hadde, brukernavn og passord til Kvalitetslosen. I tillegg oppga en fast ansatt at hun verken hadde brukernavn eller passord. De fire ekstravaktene hadde ikke brukt Kvalitetslosen. En femte ansatt oppga at han hadde meldt et avvik ved å låne en kollegas brukernavn og passord, fordi han hadde glemst sitt eget og ikke visste hvordan man

¹⁸ Per 31.12.2013. Antall døgnplasser kunne variere gjennom året.

skaffet seg et nytt. Han opplyste å ha passord da vi intervjuet ham.

De øvrige ni ansatte vi intervjuet, oppga å ha passord til Kvalitetslosen, og alle hadde hatt det en god stund.

Tilgang til datamaskiner

I avdeling 3 og 4 oppga avdelingslederne at det var fem datamaskiner de ansatte kunne bruke. Fire av datamaskinene sto i ett rom, mens den femte sto på avdelingslederens kontor og kunne brukes når den var ledig. Institusjonssjefen og avdelingslederne mente antall datamaskiner var tilstrekkelig. Ifølge vaktbøkene var det 8–10 ansatte på en dagvakt i ukedagene.

Ingen av de ansatte vi intervjuet, oppga at tilgangen til datamaskiner var et hinder for å bruke Kvalitetslosen.

Tid i det daglige arbeidet

Avdelingslederne og institusjonssjefen mente de ansatte hadde nok tid på jobb til å melde avvik i Kvalitetslosen. Lederen for avdeling 4 / superbrukeren oppga at tiden for de ansatte kunne føles knapp, men det tok ikke lang tid å logge seg på Kvalitetslosen. Han mente også at de ansatte måtte planlegge vekten, slik at de fikk brukt Kvalitetslosen. Han sa at avvik kunne meldes i løpet av hele vekten, og også på en senere vakt.

Fem ansatte oppga lite tid som begrunnelse for at de ikke brukte Kvalitetslosen. Én av dem pekte på at det var tungvint å logge seg på Kvalitetslosen, og at systemet noen ganger var tregt.

5.1.3 Kommunerevisjonens vurdering

Litt under en tredjedel av de ansatte vi intervjuet, oppga at de ikke hadde brukernavn og passord til Kvalitetslosen, eller var i tvil om de hadde det. Ansattes manglende tilgang til systemet skapte en risiko for at avvik som skulle vært meldt, ikke meldes.

Ifølge de ansatte var tilgangen til datamaskiner ikke et hinder for å bruke Kvalitetslosen.

Fem av de ansatte vi intervjuet, oppga lite tid i løpet av en vakt som begrunnelse for at de ikke brukte Kvalitetslosen. Undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for en klar vurdering av dette temaet.

5.2 Opplæring

I det følgende vurderer vi opplæringen av de ansatte i Kvalitetslosen ved Ryenhjemmet.

5.2.1 Revisjonskriterium

- Alle ansatte ved sykehjemmet skal gis opplæring i bruken av Kvalitetslosen, herunder registreringen og behandlingen av avvik.

Vi har blant annet undersøkt om de ansatte hadde fått opplæring i Kvalitetslosen, herunder om de fikk opplæring i hva som skulle registreres som avvik, og hvordan de skulle registrere avvikene.

Som en del av undersøkelsen har vi sett på de ansattes kompetanse i Kvalitetslosen, for å vurdere om det forelå et opplæringsbehov ved sykehjemmet.

5.2.2 Faktabeskrivelse

Det var avdelingsledernes ansvar å sørge for at de ansatte hadde god nok opplæring i Kvalitetslosen. Avdelingslederne opplyste at opplæring i Kvalitetslosen foregikk både i avdelingene og gjennom kurs ved sykehjemmet.

Lederen for avdeling 4 / superbrukeren opplyste at Ryenhjemmet tilbød de ansatte ett til to kurs i bruken av Kvalitetslosen og Gerica i året. Ryenhjemmet hadde ikke noen oversikt over hvilke ansatte som hadde fått opplæring i Kvalitetslosen, utover en deltakerliste fra et kurs i november 2013. Institusjonssjefen opplyste at sykehjemmet ikke kunne finne deltakerlistene fra de tidligere kursene, etter

at en ansatt hadde sluttet. Ifølge innkallingen til kurset i november 2013 var “oppfriskning/opplæring” i Kvalitetslosen ett av seks temaer. Sykehjemmet la også frem dokumentasjon som indikerte at det hadde blitt gjennomført fem kurs i Kvalitetslosen i løpet av 2011 og 2012. Institusjonssjefen opplyste at sykehjemmet etter 2012 fikk et eget opplæringsrom med datamaskiner. Kvalitetsavdelingen i Sykehjemsetatens administrasjon hadde hatt kurs for de ansatte ved Ryenhjemmet våren 2013. Etter kurset fikk sykehjemmet tilbakemelding om at de ansatte hadde liten kjennskap til blant annet lokalt kvalitetsutvalg.

Avdelingslederne oppga at nyansatte fikk en innføring i Kvalitetslosen i avdelingene. Avdelingslederen for avdeling 4 oppga at det kunne glippe ved at nyansatte ekstravakter ikke fikk innføringen. Avdelingslederen i avdeling 3 opplyste at alle som begynte i avdelingen etter at hun ble leder, hadde fått innføringen, men hun var usikker på om det gjaldt de som hadde begynt før henne. Avdelingslederen begynte i jobben våren 2013. Opplæringen som foregikk i avdelingene, ble ikke dokumentert.

Sykehjemmet benyttet ikke skjemaet “Sjekkliste opplæring ansatte” som var vedlagt Sykehjemsetatens prosedyre “Administrasjon av ansatte, enheter og roller i Kvalitetslosen”.

Avdelingslederen i avdeling 4 oppga at han veiledet ansatte i det daglige. Avdelingslederen i avdeling 3 opplyste at hun oppfordret de ansatte til å hjelpe hverandre, og at de som var usikre, måtte spørre kollegaer.

Av de 14 ansatte vi intervjuet, oppga 8 at de hadde fått opplæring i Kvalitetslosen. Et par av disse husket ikke hva opplæringen besto av. Resten oppga å ha gått på kurs, og de forskjellige ansatte fortalte at de hadde fått opplæring i temaer som hvordan de skulle logge seg på Kvalitetslosen, hvordan de kunne lese prosedyrer, hvilke hendelser de skulle melde

som avvik, og gangen i avviksbehandlingen. De fleste av de som hadde fått opplæring, oppga at de trengte eller ønsket mer opplæring eller øvelse i Kvalitetslosen. Fire av de seks ansatte som ikke hadde fått opplæring, hadde ikke brukt Kvalitetslosen (de hadde heller ikke brukernavn eller passord, og tre av fire var ekstravakter), mens de to andre hadde lært seg systemet på egen hånd eller fått opplæring et annet sted.

Institusjonssjefen mente de ansatte hadde fått den nødvendige opplæringen i Kvalitetslosen, og de kunne få hjelp hvis de ba om det. Hun mente imidlertid at det kunne være et behov for å få de ansatte til å forstå hvor viktig det var å melde avvik. Hun sa at avdelingslederne hadde fortalt de ansatte at de måtte melde avvik for å bedre kvaliteten og for å forebygge gjentakelser av feil. Lederen for avdeling 4 / superbrukeren trodde de ansatte med grunnleggende IKT-kompetanse hadde fått god nok opplæring, men han stilte spørsmål ved om de som slet med IKT, hadde fått nok opplæring. Lederen i avdeling 3 oppga at de ansatte i hennes avdeling trengte mer opplæring, og at IKT-ferdighetene hos noen ansatte var et problem. En ansatt oppga at hun trengte hjelp til å logge seg på Kvalitetslosen.

Når det gjaldt opplæring i hvordan man skulle registrere avvikene, oppga som nevnt 8 av de 14 vi intervjuet, at de hadde fått opplæring i Kvalitetslosen. Institusjonssjefen mente de som jobbet sjeldent, sannsynligvis ikke var sikre på hvordan man meldte et avvik, men at de fikk hjelp til det av andre ansatte. Noen av de vi intervjuet, og som hadde fått opplæring, syntes det var vanskelig å skrive avvik fordi man måtte velge blant mange alternativer i avviksmeldingen (se delkapittel 2.2 om hvordan de ansatte skulle melde avvik). Én visste ikke hva som ville skje hvis hun valgte feil kategori. Hun trodde avviket kanskje ikke ble sendt til den som skulle behandle det.

Institusjonssjefen trodde ikke at alle ansatte var sikre på hva som skulle meldes som et avvik.

Hun sa at lederne ved sykehjemmet veiledet de ansatte hvis det kom avviksmeldinger på hendelser som ikke skulle vært meldt. De ansatte hadde ifølge lederen for avdeling 4 / superbrukeren blitt fortalt at de skulle melde alt de opplevde som en uønsket hendelse. Avvikene skulle være saksorientert, og ikke personorientert. Lederen i avdeling 3 mente de ansatte i avdelingen var veldig usikre på hva et avvik var, og at de snakket mye om hva man kunne skrive som avvik. Hun hadde lenge sagt til de ansatte at alt som avviker fra det normale og prosedyrer, er avvik.

Seks ansatte husket som nevnt hva opplæringen deres besto av. I intervjuene hvor det var et tema, oppga de at de hadde fått opplæring i hva som skulle meldes som avvik. Vi snakket med de ansatte om hva de mente et avvik var, for om mulig å se om det forelå et opplæringsbehov. De beskrev ulike former for uønskede hendelser, og det varierte hvor alvorlige disse hendelsene var, fra pasienter som falt eller ikke fikk medisiner, til at personalet ikke rakk å ta ut søpla eller rydde et lintøyrom. Én ansatt oppga at hun om morgenen hadde sett at en pasient ikke hadde tatt sovetabletten kvelden før, som er en fast medisin pasienten skal ha. Hun mente at det ikke var nødvendig å skrive dette som avvik, om ikke det gjentok seg. Vi så videre at det kunne være uenighet mellom de ansatte vi intervjuet om hva som skulle meldes som avvik. For eksempel mente én ansatt at om noen ikke hadde rukket å rydde et rom, var ikke det alvorlig nok til å bli meldt som et avvik, mens en annen ansatt altså mente det skulle meldes avvik om lintøyrommet ikke var ryddet.

5.2.3 Kommunerevisjonens vurdering

Rynehjemmet hadde ikke tilfredsstillende rutiner for å sikre at alle ansatte ble gitt tilstrekkelig opplæring i bruken av Kvalitetslosen. Sykehjemmet hadde ikke oversikt over hvem som hadde fått opplæring i Kvalitetslosen. Flere av de ansatte vi intervjuet, hadde ikke fått opplæring. Undersøkelsen

avdekket videre et behov for ytterligere opplæring av de ansatte, blant annet i hvilke hendelser som skulle meldes som avvik, og hvordan de skulle registreres i Kvalitetslosen.

Det er viktig at de ansatte får tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen, og at de har en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik, for at de skal kunne bidra til at sykehjemmet lærer av feil og uønskede hendelser, forebygger gjentakelser og forbedrer tjenestene.

5.3 Avviksmeldinger

I det følgende vurderer vi om sykehjemmet sikret at avvik ble meldt i Kvalitetslosen.

5.3.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemmet skal sikre at avvik blir meldt i Kvalitetslosen.

Vi har sett nærmere på hvordan ledelsen arbeidet for å få de ansatte til å melde avvik i Kvalitetslosen, og om de ansatte ved sykehjemmet meldte avvik.

5.3.2 Faktabeskrivelse

Ledelsens arbeid med å få de ansatte til å melde avvik

Ifølge institusjonssjefen var det et behov for å få de ansatte til å forstå hvor viktig det var å melde avvik. Hun opplyste at avdelingslederne fortalte de ansatte at de måtte melde avvik for å bedre kvaliteten og for å forebygge gjentakelser av feil. Avdelingslederne gjorde det når de ble kjent med hendelser som kunne meldes som avvik.

Lederen for avdeling 4 oppga at han hadde fremhevet hvordan Kvalitetslosen kunne brukes til forbedringer, og tydeliggjort at avvik handlet om sak og ikke person. Noen ansatte kunne ifølge avdelingslederen være engstelige for at kollegaene skulle få vite at de hadde meldt avvik. Sykehjemmet jobbet med at de ansatte skulle føle seg trygge på å melde avvik. For å holde melder anonym tok avdelingslederen

opp avviksmeldinger i plenum som vanlige saker, og ikke som avviksmeldinger. I møtene i avdelingen nevnte han Kvalitetslosen for å anmode de ansatte til å bruke systemet.

Avdelingslederen for avdeling 3 opplyste at hun stadig snakket om hvor viktig det var å melde avvik, og at Kvalitetslosen var tema både i møter i avdelingen og ved rapportering mellom vaktene. Hun hadde oppfordret de ansatte til å skrive avvik når rutiner og prosedyrer ikke var fulgt, og vist til en brukerveiledning i Kvalitetslosen som hang i avdelingen. Hun hadde oppfordret de ansatte til å hjelpe hverandre, og bedt de som var usikre, om å spørre kollegaer. Som nevnt i delkapittel 5.2.2 mente hun at de ansatte trengte mer opplæring, og hun hadde bedt om at det skulle holdes flere kurs for de ansatte. Hun opplyste at ledermøtet hadde vedtatt at det skulle holdes flere kurs. Videre trodde hun de ansatte ville oppleve det som ubehagelig å melde avvik som innebar at man anga en kollega, og sa at hun aldri nevnte navn når hun snakket om meldte avvik.

De ansatte som vi snakket med om temaet, oppga at det var viktig å melde avvik for å skape forbedringer. De fleste ansatte i avdeling 3 oppga at avdelingslederen i møter hadde kommet med generelle oppfordringer om å skrive avvik. I avdeling 4 oppga også noen ansatte at avdelingslederen hadde oppfordret dem til å melde avvik.

Melding av avvik i Kvalitetslosen

Ved Ryenhjemmet ble det i 2013 meldt i gjennomsnitt litt under ett avvik per døgnplass. Per 31.12.2013 var det 148 døgnplasser ved sykehjemmet, og det ble i løpet av 2013 meldt 135 avvik. Til sammenligning ble det ved de 26 kommunale sykehjemmene meldt i gjennomsnitt 1,88 avvik per døgnplass det året.¹⁹

Blant avvikene meldt ved Ryenhjemmet var 69 kategorisert som *tjeneste/bruker/pasient*, 58 som *organisasjon/internt* og 21 som *HMS*. Et avvik kunne meldes i flere kategorier samtidig. Tabell 3 viser hvordan de meldte avvikene fordelte seg i sykehjemmet:

¹⁹ Per døgnplass per 31.12.2013. Antall døgnplasser kunne variere gjennom året.

Tabell 3 Ryenhjemmet: antall meldte avvik, antall ansatte som hadde meldt avvik, antall ansatte per avdeling i løpet av 2013 og antall årsverk i 2013

Avdeling	Antall meldte avvik	Antall ansatte som hadde meldt avvik	Antall ansatte i løpet av 2013	Antall årsverk 2013
1: Ordinær langtidsavdeling	13	7	28	22,6
2: Korttidsplasser	36	8	35	23,2
3: Ordinær langtidsavdeling	4	2	30	22,6
4: Ordinær langtidsavdeling og nattsykepleiere	35	8	38	27,5
5: Skjermet enhet	33	8	23	20,7
Ekstravakter	1	1	86*	
Andre**	13	8	38	27
Totalt***	135	41	276	143,8

Note: Antall meldte avvik og antall ansatte som hadde meldt avvik, er basert på oversendt statistikk fra Sykehjemsetaten. Antall ansatte i løpet av 2013 er hentet fra Oslo kommunes HR-system. Antall årsverk er basert på informasjon fra Ryenhjemmet. * Inkluderer ikke 78 ansatte som var registrert både som ekstravakter og som ansatte i en avdeling. ** Inkluderer blant annet administrasjonen og fagavdelingen. *** For den tredje og fjerde kolonnen er totalsummen litt lavere enn summen av tallene over, fordi to ansatte var ansatt i to avdelinger, og den ene ansatte hadde meldt avvik til to avdelinger.

Tabell 3 viser at 41 av 276 ansatte ved Ryenhjemmet meldte avvik i løpet av 2013. Videre viser tabellen at det varierte hvor mange avvik hver avdeling meldte. Avdeling 3 meldte færrest avvik, med 4 avvik, mens tre avdelinger meldte rundt 35 avvik. Denne variasjonen kan rimeligvis tilskrives en rekke faktorer, hvorav ansattes praksis for å melde avvik kun er én. I hver av de fem avdelingene hadde færre enn 10 ansatte meldt avvik, mens alle

avdelingene hadde mer enn 23 ansatte i løpet av 2013. Tabellen viser også at kun én av de 86 ekstravaktene hadde meldt avvik i løpet av 2013.

Vi har telt opp hvor mange avvik hver ansatt meldte i 2013. Tabell 4 viser hvordan antall avviksmeldinger og antall ansatte fordelte seg ved Ryenhjemmet:

Tabell 4 Antall ansatte fordelt på antall avviksmeldinger i 2013

Antall avviksmeldinger	0	1–5	6–10	Flere enn 10
Antall ansatte som meldte dette antallet avvik	235	36	2	3

Tabell 4 viser at noen få ansatte – fem stykker – skilte seg ut ved å ha meldt over fem avvik hver i løpet av 2013. Disse fem sto for totalt 57 avviksmeldinger, noe som utgjorde litt over 40 prosent av alle de 135 avviksmeldingene som var meldt ved Ryenhjemmet. Av de tre ansatte som hadde meldt over 10 avvik, hadde to meldt 13 avvik hver, mens én hadde meldt 14 avvik. Tabell 4 viser videre at 235 ansatte ikke hadde meldt noen avvik i perioden.

Både institusjonssjefen og avdelingslederne trodde det var en underrapportering av avvik ved Ryenhjemmet.

Vi snakket som nevnt med 14 ansatte ved Ryenhjemmet, 7 i avdeling 3 og like mange i avdeling 4, for å høre om deres erfaringer med avvikssystemet i Kvalitetslosen. 10 av de 14 ansatte vi snakket med, hadde ikke meldt avvik i Kvalitetslosen. Fire av disse hadde ikke passord til Kvalitetslosen, og hadde ikke brukt systemet. Av de fire som hadde meldt avvik i Kvalitetslosen, pleide vanligvis ikke tre av dem å gjøre det. Den siste, som var en sykepleier, skilte seg ut ved at hun hadde meldt 14 avvik i løpet av 2013.

Vi snakket med de ansatte om hvorfor de ikke meldte avvik. Flere fortalte at de løste problemer løpende, for eksempel ved å snakke med hverandre. Noen av de ansatte oppga at det kunne være ubehagelig å skrive avvik, fordi det kunne føre til problemer for kollegaene som var involvert i hendelsen. En ansatt, som ikke selv hadde meldt avvik, trodde personen som hadde forårsaket hendelsen, kunne finne ut hvem som hadde meldt avviket. Hun kjente til en konflikt som hadde oppstått da en ansatt hadde blitt informert om at det var meldt et avvik som involverte vedkommende, og deretter gjettet seg frem til hvem som meldte avviket. De få ansatte som faktisk hadde meldt avvik, sa imidlertid at ledelsen holdt identiteten deres som meldere hemmelig.

Noen ansatte mente det ikke nyttet å melde avvik på for eksempel lav bemanning. En av dem hadde meldt mange avvik, men hun meldte ikke samme avvik om og om igjen, for eksempel om manglende medisinsk utstyr.

En ansatt, som ikke hadde norsk som morsmål, oppga at han ville trenge hjelp med språket for å skrive gode nok avviksmeldinger.

Ellers nevnte fem ansatte at de hadde lite tid i løpet av vekten til å skrive avvik, jf. delkapittel 5.1.2.

To av de ansatte vi intervjuet som hadde meldt avvik i Kvalitetslosen, oppga at de ikke hadde opplevd negative reaksjoner fra ledelsen på avviksmeldingene. En tredje, den ansatte nevnt over som meldte mange avvik, mente avvikene hun meldte, veldig sjeldent førte til forbedringer, og at hun hadde fått tilbakemeldinger fra ledelsen om at avvikene hun meldte, ikke var avvik.

5.3.3 Kommunerevisjonens vurdering

Undersøkelsen viser at det var en underrapportering av avvik ved de to undersøkte avdelingene, og at det ikke var etablert en tilfredsstillende praksis for melding av avvik i Kvalitetslosen.

Når sykehjemmet ikke sikrer at avvik i tilstrekkelig grad blir meldt i Kvalitetslosen, blir det vanskelig å bruke Kvalitetslosen til å lære av feil og uønskede hendelser, forebygge gjentakelser og forbedre tjenestene.

5.4 Behandlingen av meldte avvik

I det følgende vurderer vi avviksbehandlingen ved Ryenhjemmet og i Sykehjemsetatens administrasjon.

5.4.1 Revisjonskriterium

- Avvik meldt i Kvalitetslosen skal følges opp, og nødvendige tiltak skal iverksettes.

Vi har kun sett på behandlingen av avvik innen kategoriene *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt*. Vi har ikke sett på behandlingen av avvik som kun var meldt i kategorien *HMS*.

Oppfølging av meldte avvik i revisjonskriteriet omfatter både oppfølging av enkeltavvik og avviksmeldinger over tid.

Som nevnt i delkapittel 2.2 skulle avviksbehandleren ifølge Sykehjemsetatens prosedyre dokumentere vurderinger og eventuelle tiltak i selve avviksmeldingen. Vi har gått nærmere gjennom 19 avviksmeldinger som var meldt ved Ryenhjemmet og lukket i perioden mars 2013–februar 2014. Vi har sett på om avviksbehandlerne hadde vurdert:

- hvilke standarder det var avvik fra
- risiko
- tiltakenes hensiktsmessighet

Vi har også sett på hvor lang tid det tok å lukke avviksmeldingene, og om sykehjemmet hadde vurdert mønstre i avviksmeldingene.

5.4.2 Faktabeskrivelse

Ryenhjemmets behandling av enkeltavvik

Avvik fra fast ansatte ble meldt til avdelingslederen, mens avvik fra ekstravakter ble meldt direkte til institusjonssjefen.²⁰

Ifølge institusjonssjefen skulle avdelingslederne i utgangspunktet håndtere avviksmeldingene i sine avdelinger, og videresende avvik til henne som handlet om samhandlingen med sykehus. Avdelingslederen for avdeling 3, hvor det var meldt kun fire avvik i 2013, oppga at hun videresendte avvik til institusjonssjefen som handlet om samhandlingen med sykehus. Avdelingslederen i avdeling 4 opplyste at han i utgangspunktet bare videresendte avvik til

institusjonslederen som gjaldt bygningen eller forhold utenfor sykehjemmet. Institusjonssjefen opplyste at hun videresendte avviksmeldinger til områdedirektøren i Sykehjemsetaten når de skyldtes forhold utenfor sykehjemmet.

Institusjonssjefen opplyste at hun noen ganger leste avviksmeldinger som ikke hadde blitt sendt til henne, for å følge med på hva som skjedde i sykehjemmet. Hun involverte seg som regel ikke i avviksbehandlingen, med mindre det var noe spesielt. I så fall tok hun kontakt med den relevante avdelingslederen. Avviksmeldinger ble sjeldent aktivt videresendt til henne, men hun kunne motta automatisk videresendte avvik hvis avdelingslederne hadde glemte å sette inn en vikar for seg i Kvalitetslosen. Som regel behandlet hun avviksmeldinger ved å skrive i meldingen at gjeldende retningslinjer måtte følges. Hun kunne også ta kontakt med avdelingslederne for å sikre at tiltak ble iverksatt.

Avdelingslederen i avdeling 3 opplyste at hun som regel ble muntlig informert av de ansatte hvis det var meldt et avvik. Hun skrev en merknad eller beskrev konkrete tiltak når hun behandlet avviksmeldingene. Dersom avvik ble meldt gjentatte ganger, måtte hun vurdere tiltak, men ikke på bakgrunn av enkeltavvik på områder hvor det var etablert rutiner. Etter at hun hadde lukket avviket, pleide hun alltid å si ifra til den som hadde meldt avviket. Hun pleide aldri å nevne navn når hun omtalte avviksmeldinger.

Avdelingslederen i avdeling 4 opplyste at ikke alle avviksmeldinger måtte føre til tiltak, men at avvikene alltid skulle kommenteres. Han kunne skrive i avviksmeldingen at han skulle utføre et tiltak før han lukket avviket, noe han mente var tilstrekkelig. Han pleide ikke å dokumentere utenfor avviksmeldingen i Kvalitetslosen en eventuell oppfølging av avvikene. Han var tilbakeholden med å delegere tiltak til andre ansatte, det kunne

²⁰ Dette skyldtes at Sykehjemsetatens administrasjon registrerte alle ekstravaktene samlet i kategorien "salg av plasser" i person- og ressurskatalogen. De ble derfor ikke tilknyttet noen avdeling.

føre til færre avviksmeldinger. Han tok opp avviksmeldinger i plenum i avdelingen, i tillegg til tilbakemeldingen til den som meldte avviket. For å beskytte meldernes identitet i fellesmøter omtalte han ikke avvikene som avvik, men heller som vanlige saker.

Institusjonssjefen opplyste at det hadde blitt meldt avvik på manglende utstyr, og at sykehjemmet på bakgrunn av avvikene hadde fått bevilget penger til nytt utstyr.

Kommunerevisjonens gjennomgang av avviksmeldinger

Vi så nærmere på 19 utvalgte avviksmeldinger, 6 knyttet til avdeling 3 og 13 til avdeling 4.²¹ Avvikene var meldt i kategoriene *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt*. Avviksmeldingene ble lukket i perioden mars 2013–februar 2014. Avvikene handlet blant annet om manglende medisinsk utstyr, feilmedisinering, manglende tiltaksplaner og datamaskiner som ikke fungerte.

Av de 19 avviksmeldingene ble 17 behandlet og lukket ved Ryenhjemmet, mens sykehjemmet aktivt videresendte to avviksmeldinger til Sykehjemsetatens administrasjon. De to avviksmeldingene ble lukket i administrasjonen.

De 6 avviksmeldingene i avdeling 3 ble lukket ved sykehjemmet eller sendt videre fra Ryenhjemmet til Sykehjemsetatens administrasjon, i gjennomsnitt innen 10 dager. De 13 avviksmeldingene i avdeling 4 ble lukket ved sykehjemmet i gjennomsnitt innen seks dager. Det forekom én gang at en avviksmelding ble automatisk videresendt internt i sykehjemmet, fordi den ikke var lukket eller aktivt videresendt innen to uker.

Ifølge Sykehjemsetatens prosedyre for avviksbehandling måtte tiltak som var opprettet i avviket, kvitteres utført, før avviket kunne lukkes. Videre skulle avviksbehandlerens vurdering av avviket og eventuelle tiltak dokumenteres i avviksmeldingen.

Vi så på hvordan avviksmeldingene var behandlet ved sykehjemmet. I alle de 17 avviksmeldingene hadde avviksbehandlerne skrevet i ett eller begge feltene hvor de kunne beskrive eventuelle vurderinger og tiltak.

I fire av avviksmeldingene var kommentarene fra avviksbehandleren svært knappe, og det var vanskelig å forstå om tiltak hadde blitt eller skulle bli iverksatt. En avviksmelding som handlet om oppbevaring av medisiner, var for eksempel utkvittert med: “Dette er det nå tatt tak i.”

Seks avviksmeldinger var lukket med en angivelse av fremtidige tiltak. De var med ett unntak lukket etter noen få dager, og de var lukket med en kort angivelse av hva avviksbehandleren skulle foreta seg. Eksempler på tiltak etter avvikene var at avdelingslederen skulle høre med melderens om pasientens ID for å kunne iverksette tiltak, at avdelingslederen skulle se på de faktiske forhold for å gi tilbakemelding i et sykepleiermøte, eller at hendelsen skulle tas opp med ansatte i for eksempel et møte. I en av avviksmeldingene var det angitt at tiltaket skulle gjennomføres før avviksmeldingen ville blitt automatisk videresendt etter to uker. I avviksmeldingen som ikke var lukket etter få dager, skrev avdelingslederen at han skulle kommentere avviket nærmere etter å ha snakket med flere sykepleiere. Avviksmeldingen var imidlertid senere lukket uten flere kommentarer.

Seks avviksmeldinger var lukket etter at tiltak var utført. I to av disse avviksmeldingene var fremtidige tiltak også beskrevet.

²¹ Nattsykepleierne ved Ryenhjemmet meldte alltid avvik til avdeling 4, uavhengig av hvilken avdeling avviket gjaldt.

I den siste avviksmeldingen imøtegikk avviksbehandleren melderens påstand om manglende og feilplassert utstyr i en kritisk situasjon. Det konkrete tiltaket som var beskrevet i avviksmeldingen, var at ledergruppen skulle drøfte avviket med tanke på en eventuell veiledningssamtale med avviksmeldereren.

I de gjennomgåtte avvikene fremgikk avviksbehandlerens vurdering av avvikene i svært liten grad, for eksempel hvilke standarder det var avvik fra, vurderinger av risiko og vurderinger av tiltakenes hensiktsmessighet for å forebygge gjentakelser. Et eksempel er avviksmeldingen nevnt over, hvor meldereren oppga at utstyr manglet og var feilplassert i en kritisk situasjon. Av avviksmeldingen fremgikk det ikke om avviksbehandleren hadde vurdert risikoen ved at sykepleiere ikke fant nødvendig utstyr i en kritisk situasjon. Det fremgikk heller ikke om behovet for å iverksette tiltak for å forebygge lignende hendelser var vurdert. Av to andre avviksmeldinger fremkom det at pasientene ikke hadde tiltaksplaner, og den ene pasienten hadde et særskilt behov for oppfølging knyttet til respirasjon og ernæring. Også andre avviksmeldinger var knyttet til mangelfull eller manglende dokumentasjon. Ifølge disse avviksmeldingene hadde ikke avviksbehandlerne vurdert risikoen knyttet til disse problemene, eller hva de kunne gjøre for å forebygge lignende hendelser.

Sykehjemmets vurdering av mønstre i avviksmeldingene

Ifølge Sykehjemsetatens prosedyre for avviksbehandling skulle sykehjemmet ha oversikt over antall og mønstre på avvikene. Sykehjemmets avvik på *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt* skulle ifølge Sykehjemsetatens prosedyre gjennomgås hver måned i sykehjemmets lokale kvalitetsutvalg.

Institusjonssjefen opplyste at hun stadig vurderte avviksmeldingene, og at hun jevnlig var inne i Kvalitetslosen og leste avvikene.

Lederen for avdeling 3, hvor det ble meldt svært få avvik, opplyste at kvalitetsutvalget ved sykehjemmet generelt diskuterte at det ble meldt få avvik ved sykehjemmet. Lederen for avdeling 4 opplyste at han så på avvikene over tid, og generelt på avvikene det ble meldt mest av. Dette var imidlertid ikke dokumentert.²²

Ifølge de fem referatene fra det lokale kvalitetsutvalget i perioden mars 2013–februar 2014 hadde avviksmeldinger blitt tatt opp i tre møter. Ut fra referatene så det ut som avviksmeldinger ble nevnt enkeltvis eller oppsummert, og tatt til etterretning. En avviksmelding skulle ifølge referatene konkret følges opp. Det lokale kvalitetsutvalget vurderte ifølge referatene ikke mønstre i avviksmeldingene.

Behandling av avviksmeldinger i Sykehjemsetatens administrasjon

Som nevnt ble to avviksmeldinger videresendt til Sykehjemsetatens administrasjon. Begge ble aktivt videresendt. Avviksmeldingene berørte samme tema, de handlet om problemer med lønnen til ansatte. Avviksmeldingen lå i Sykehjemsetatens administrasjon i 59 dager før den ble lukket med en kommentar om at saken var tatt opp med Utviklings- og kompetanseetaten, som ifølge avviksmeldingen opplyste å ha iverksatt tiltak.

Områdedirektørene kunne lese alle avviksmeldinger meldt ved sykehjemmene, og de oppga å lese avviksmeldinger av og til.

Områdedirektøren i Sykehjemsetaten hadde lest én av de 19 avviksmeldingene vi så nærmere på, i tillegg til de to som Ryenhjemmet sendte til etaten. Avviksmeldingen handlet om at en innleid vikar forvekslet pasienter og medisinerfeil. Hun leste meldingen to dager etter at avviket var meldt, og skrev følgende kommentar: “Ønsker en tilbakemelding

²² I de kvartalsvise HMS-møtene ved sykehjemmet ble HMS-avvik gjennomgått.

på hvordan en slik hendelse kan oppstå og hva avdelingen gjør for at dette ikke skjer igjen.” Sykehjemmet dokumenterte deretter i avviksmeldingen hva som ble gjort etter avviket. Ifølge avviksmeldingen involverte ikke områdedirektøren seg videre etter at hun hadde kommentert avviket, det vil si at hun ikke leste Ryenhjemmets tilbakemelding. Sykehjemsetatens administrasjon la ikke frem opplysninger for oss som tilsa at etaten fikk tilbakemelding utenfor Kvalitetslosen.

5.4.3 Kommunerevisjonens vurdering

Den dokumenterte behandlingen av avvik ved Ryenhjemmet la i svært liten grad grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og forbedring av tjenestene.

Undersøkelsen viser at de avviksmeldingene vi gjennomgikk, i hovedsak ble lukket eller aktivt videresendt innen 14 dager, som var innenfor Sykehjemsetatens interne frist.

Avviksbehandlere hadde i svært liten grad dokumentert hvilke standarder det var avvik fra, samt vurderinger av risiko og tiltakenes hensiktsmessighet.

I mange avviksmeldinger var det ikke mulig å lese hvordan avviket ble håndtert, blant annet fordi flere av dem var lukket etter noen få dager med lite informative beskrivelser av hvilke tiltak som eventuelt skulle iverksettes.

Undersøkelsen viste at sykehjemmet i begrenset grad vurderte mønstre i avviksmeldingene. Ifølge referatene fra det lokale kvalitetsutvalget hadde ikke mønstre i avviksmeldingene vært et tema, men avviksmeldinger ble nevnt enkeltvis eller oppsummert. Selv om det ble meldt relativt få avvik ved Ryenhjemmet, er det viktig at ledelsen systematisk vurderer hva det har blitt meldt avvik på, og særlig tendenser i hva det blir rapportert avvik på. Slike vurderinger kan bidra til viktig læring og gi grunnlag for å

forbedre prosedyrer og rutiner i avdelingene. Av samme grunner er det også viktig at vurderingene blir dokumentert.

Ryenhjemmet sendte to avviksmeldinger til Sykehjemsetatens administrasjon, som brukte lang tid på å behandle avviksmeldingene. Videre fulgte områdedirektøren ikke opp en avviksmelding som hun hadde bedt om en tilbakemelding fra Ryenhjemmet på.

5.5 Dokumentmodulen

I det følgende beskriver vi sykehjemmets bruk av og de ansattes erfaring med dokumentmodulen i Kvalitetslosen.

Institusjonssjefen oppga at dokumentmodulen og funksjonen for lesebekreftelse var i bruk ved Ryenhjemmet. Hun var ikke sikker på om de ansatte leste prosedyrene i dokumentmodulen, og derfor gikk ledelsen gjennom viktige prosedyrer muntlig og fikk de ansatte til å signere på papir for å ha lest dem. Lederen for avdeling 3 sa at det varierte veldig hvor mange ansatte som leste prosedyrer i Kvalitetslosen, og at de kunne bli bedre på det. Hun hadde skrevet ut en del prosedyrer fra Kvalitetslosen og lagt listene ut på posten sammen med signeringslister. Hun skrev imidlertid ikke ut alle prosedyrene, for å få de ansatte til å lese prosedyrer i Kvalitetslosen. Lederen for avdeling 4 / superbrukeren oppga at de ansatte måtte minnes på å lese prosedyrene i leselisten. Han hadde ikke prosedyrer på papir i avdelingen, ettersom han ønsket at de ansatte skulle forholde seg til de oppdaterte prosedyrene i Kvalitetslosen.

De fleste av de ansatte vi snakket med, brukte ikke dokumentmodulen i Kvalitetslosen. En sykepleier som oppga å lese prosedyrer i Kvalitetslosen, var ikke kjent med leseliste-funksjonen.

6. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

I dette kapitlet oppsummeres sentrale vurderinger og konklusjonen etter undersøkelsen, og Kommunerevisjonens anbefalinger presenteres.

6.1 Oppsummering av sentrale vurderinger

Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen

Ved Lilleborg sykehjem hadde de ansatte vi intervjuet brukernavn og passord, men det fremkom at enkelte av de ansatte hadde vært uten passord i flere måneder. Ved Ryenhjemmet oppga litt under en tredjedel av de ansatte at de ikke hadde brukernavn og passord til Kvalitetslosen, eller de var i tvil om de hadde det. Ansattes manglende tilgang til systemet skapte en risiko for at avvik som skulle vært meldt ved de to sykehjemmene, ikke meldes.

Ved begge sykehjemmene oppga ansatte manglende tid som en årsak til at de ikke brukte Kvalitetslosen. Undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for en klar vurdering av dette temaet.

Opplæring

De to sykehjemmene hadde etter Kommunerevisjonens vurdering ikke tilfredsstillende rutiner for å sikre at alle ansatte ble gitt tilstrekkelig opplæring i bruken av Kvalitetslosen. Ved Lilleborg sykehjem hadde de fleste som ble intervjuet, fått opplæring i bruk av systemet. Ryenhjemmet hadde ikke oversikt over hvem som hadde fått opplæring i Kvalitetslosen, og flere av de ansatte som ble intervjuet, oppga at de ikke hadde fått opplæring.

Undersøkelsen avdekker at noen ansatte ved de to sykehjemmene syntes det var vanskelig å registrere avvik, og at det ikke var en omforent forståelse ved de to sykehjemmene av hvilke hendelser som skulle meldes som avvik. Ved

Lilleborg sykehjem var det for eksempel enkelte, både blant de ansatte og i ledelsen, som mente at man ikke nødvendigvis måtte melde avvik om man fant medisiner på avdelingen.

Det er viktig at de ansatte får tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen, og at de har en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik, for at de skal kunne bidra til at sykehjemmene lærer av feil og uønskede hendelser, forebygger gjentakelser og forbedrer tjenestene.

Avviksmeldinger i Kvalitetslosen

Undersøkelsen viser at det var en underrapportering av avvik ved de fire undersøkte avdelingene, og at det ikke var etablert en tilfredsstillende praksis for melding av avvik i Kvalitetslosen.

Når sykehjemmene ikke sikrer at avvik i tilstrekkelig grad blir meldt i Kvalitetslosen, blir det vanskelig å bruke Kvalitetslosen til å lære av feil og uønskede hendelser, forebygge gjentakelser og forbedre tjenestene.

Behandling av meldte avvik

Den dokumenterte behandlingen av avvik ved de to sykehjemmene la ikke et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og systematisk forbedring av tjenestene.

Ved Lilleborg sykehjem ble halvparten av de gjennomgåtte avviksmeldingene automatisk videresendt, fordi de ikke var behandlet innen 14 dager. Sen avviksbehandling kan svekke de ansattes tillit til avvikssystemet og redusere deres motivasjon for å melde avvik. Kommunerevisjonen merker seg at institusjonssjefen oppga at antall automatisk videresendte avvik var gått ned etter at det var innført en elektronisk varsling om mottatte avviksmeldinger.

Ved begge sykehjemmene hadde

avviksbehandlerne i svært liten grad dokumentert hvilke standarder det var avvik fra, samt vurderinger av risiko og tiltakenes hensiktsmessighet.

Ved Lilleborg sykehjem hadde behandleren i enkelte tilfeller ifølge avviksmeldingene ikke vurdert eller iverksatt tiltak opp mot de konkrete forholdene som var beskrevet, og i noen avviksmeldinger var det vanskelig å forstå om tiltak hadde blitt eller skulle bli iverksatt. Ved Ryenhjemmet var det i mange avviksmeldinger ikke mulig å lese hvordan avviket ble håndtert, blant annet fordi flere avviksmeldinger var lukket etter få dager med lite informative beskrivelser av hvilke tiltak som eventuelt skulle iverksettes.

Vi stiller spørsmål ved hensiktsmessigheten av at ledelsen ved Lilleborg sykehjem hadde videreformidlet beklagelser fra enkeltpersoner i enkelte avviksmeldinger. En praksis hvor ledelsen i avviksbehandlingen kan oppleves å fokusere på hvem som har gjort feil, skaper en risiko for at de ansatte ikke melder fra om avvik.

Det var svakheter ved ledelsens systematiske gjennomgang og vurdering av mønstre i avviksmeldingene, samt dokumentasjon av vurderingene. En god praksis på dette området kan bidra til viktig læring og gi grunnlag for å forbedre prosedyrer og rutiner i avdelingene.

6.2 Samlet konklusjon

Kommunerevisjonen har undersøkt bruken av internkontroll- og kvalitetssystemet Kvalitetslosen i to avdelinger ved Lilleborg sykehjem og to avdelinger ved Ryenhjemmet, med hovedvekt på avviksregistrering og -behandling.

Undersøkelsen viser at avvik ble meldt og behandlet i Kvalitetslosen ved de to sykehjemmene. Undersøkelsen viser samtidig at det manglet en omforent forståelse av hva som skulle meldes som avvik, og at det var en underrapportering av avvik ved de undersøkte avdelingene i 2013. Det var også svakheter ved ledelsens behandling av avviksmeldingene og ledelsens systematiske vurdering av mønstre i meldingene.

Etter Kommunerevisjonens vurdering gjorde svakheterne at sykehjemmene ikke hadde et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og forbedring av tjenestene.

6.3 Anbefalinger

På bakgrunn av undersøkelsen gir Kommunerevisjonen følgende anbefalinger:

- Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet bør
- sørge for at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen
 - iverksette tiltak for å etablere en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik
 - iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte bruker og melder avvik i Kvalitetslosen
 - dokumentere vurderinger og eventuelle gjennomførte tiltak i avviksbehandlingen

Sykehjemsetatens administrasjon bør vurdere om det er behov for ytterligere opplæring i Kvalitetslosen av ledelsen ved sykehjemmene.

7. Uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen sendte 12.09.2014 rapporten til uttalelse til Sykehjemsetatens administrasjon, Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet. Byråden for eldre fikk rapporten til orientering, med mulighet til å avgi uttalelse.

Sykehjemsetatens administrasjon og de to sykehjemmene avga en felles uttalelse i et brev til Kommunerevisjonen av 26.09.2014. Uttalelsen følger sin helhet i vedlegg 3. Byråden for eldre avga ikke en uttalelse. I det følgende oppsummerer og kommenterer vi det viktigste i Sykehjemsetatens uttalelse.

7.1 Sykehjemsetatens uttalelse

Etaten skriver at en er godt fornøyd med å ha et elektronisk system til avviksbehandling og dokumentstyring. Samtidig ser etaten store utfordringer ved at alle ansatte skal bli velfungerende i systemet. Etaten påpeker at det er utarbeidet flere retningsgivende standarder som sier hvordan systemet skal brukes, men at det til tross for dette er variasjoner mellom sykehjemmene i bruken av systemet

Etaten oppgir at avtalen om bruk av Kvalitetslosen utløper i 2015, og at det planlegges en ny anskaffelse av et elektronisk kvalitetssystem slik at dette kan tas i bruk fra høsten 2015.

Kommentarer til undersøkelsen og rapporten
Sykehjemsetaten skriver at systematisk avviksbehandling er en viktig forutsetning for kvalitetssikring av tjenestene og at en oppfatter rapporten som nyttig.

Etaten skriver at den valgte metoden er relevant, men at revisjonen gir noe begrenset kunnskap på systemnivå, fordi kun to sykehjem er undersøkt. Etaten skriver videre at intervjuformen ble opplevd som krevende for enkelte ansatte ved Ryenhjemmet.

Lilleborg sykehjem påpeker at rapporten i liten grad opplyser om ansvaret den enkelte ansatte har for å melde fra om behov for opplæring og manglende passord. Sykehjemmet mener det blir vanskelig for ledelsen å avdekke slike forhold hvis de ansatte ikke er tydelige om egne behov.

Lilleborg sykehjem kjenner seg ikke igjen i at det i rapporten, i vurderingen i delkapittel 4.2, sto at både ansatte og noen blant ledelsen sier at man ikke skal melde avvik om man finner medikamenter på gulvet.

Lilleborg sykehjem påpeker til delkapittel 6.1, om risikovurderinger på bakgrunn av meldte avvik, at sykehjemmet på bakgrunn av avviksbehandling har gjennomført risikovurderinger, blant annet etter avvik som handler om medikamenter. Sykehjemmet påpeker videre at det må være en enkeltstående hendelse at det ble viderefremidlet beklagelser fra ansatte i avvik.

Ryenhjemmet uttrykker at de savner at revisor hadde noe mer kompetanse innen fagfeltet pleie og omsorg, og at dette kan ha påvirket konklusjonene for sykehjemmet.

Sykehjemsetaten stiller seg for øvrig bak Kommunerevisjonens hovedkonklusjoner og anbefalinger.

Meldte tiltak

Sykehjemsetaten skriver at den allerede har fokus på de områdene som berøres av Kommunerevisjonens anbefalinger, og at etaten vil fortsette å arbeide systematisk for å forbedre disse områdene. Etaten oppgir at den på bakgrunn av tilbakemeldingene har utarbeidet en systematisk tiltaksplan som tar opp forholdene i rapporten.

Sykehjemsetaten vil på bakgrunn av rapporten iverksette tiltak som involverer alle kommunale sykehjem, blant annet:

- Det skal sikres at alle nyansatte får passord og tilgang til Kvalitetslosen. Tiltaket påbegynnes umiddelbart.
- I dialogmøter høsten 2014, mellom Kvalitetsavdelingen i Sykehjemsetaten og ledergruppene i alle de kommunale sykehjemmene, vil internkontroll og bruk av avvik til forbedring være tema.
- Sykehjemsetaten skal gjennomføre opplæring for ledere i dokumentasjon, avviksbehandling, avviskultur, uttak av statistikker og internkontroll.
- Fra høsten 2014 vil Sykehjemsetatens lederteam behandle kvartalsvise rapporter fra Kvalitetslosen per sykehjem. Rapportene gjøres kjent for sykehjemmene, og rapportenes funn blir en del av sykehjemmenes forbedringsarbeid.

I uttalelsen redegjøres det også for tiltak de to sykehjemmene vil iverksette lokalt. Ved Lilleborg sykehjem opplyses det blant annet om følgende tiltak:

- Innarbeide opplæring i Kvalitetslosen som et eget sjekkpunkt ved opplæring av nyansatte. Legge opp til regelmessige felles undervisninger av nyansatte og andre ansatte med behov for oppfriskning.
- Legge opp til en grundigere dokumentasjon av avviksbehandlingen, når behandlingen er et tema i lokalt kvalitetsutvalg, ledermøter og institusjonssjefens møter med vernegruppa.
- Øke fokuset på en mer enhetlig og felles forståelse av hva som skal meldes som avvik, ved blant annet å ha det som tema i møter i lokalt kvalitetsutvalg og ledermøter.
- Ledelsen skal i større grad bruke avvik som grunnlag for risiko- og sårbarhetsanalyser.

Ved Ryenhjemmet opplyses det om følgende tiltak:

- Fortsette med opplæring både

av enkeltansatte og i grupper.

Fagutviklingssykepleier skal hvert halvår undervise i hva som er avvik og ikke.

- Ledere skal ha større fokus på avviskultur og avviksbehandling.

7.2 Kommunerevisjonens kommentarer og vurdering

Kommunerevisjonens kommentarer til Sykehjemsetatens uttalelse

Sykehjemsetaten ønsker at funnene i rapporten hadde et bredere datagrunnlag. Selv om en ikke kan generalisere funnene i denne undersøkelsen til å gjelde alle de kommunale sykehjemmene, er undersøkelsens problemstillinger generelle; de kunne i utgangspunktet blitt undersøkt ved ethvert kommunalt sykehjem. Det betyr at også andre sykehjem kan lære av undersøkelsen, noe Sykehjemsetatens uttalelse også viser: Etaten oppgir at rapporten vil bli bekjentgjort for alle kommunale sykehjem og redegjør for at en, på bakgrunn av rapporten, vil iverksette tiltak som involverer alle de kommunale sykehjemmene.

Lilleborg sykehjem påpeker at rapporten i liten grad opplyser om ansvaret den enkelte ansatte har for å melde fra om behov for opplæring og manglende passord. Kommunerevisjonen understreker at undersøkelsen har vært rettet mot ledelsens ansvar for å sikre at de ansatte har passord og gis nødvendig opplæring.

Lilleborg sykehjem kjenner seg ikke igjen i at både ansatte og enkelte i ledelsen hadde sagt at man ikke skal melde avvik om man finner medikamenter på gulvet. På bakgrunn av denne tilbakemeldingen, har Kommunerevisjonen gjort en mindre justering i delkapittel 4.2.3.

Kommunerevisjonen har i den endelige rapporten, i faktabeskrivelsen i delkapittel 4.4, tatt inn opplysningen om at Lilleborg sykehjem har gjennomført risikovurderinger på bakgrunn av meldte avvik.

Når det gjelder Lilleborg sykehjems kommentar om at videreformidling av beklagelser fra ansatte i avviksmeldingene måtte være enkeltstående hendelser, bemerker Kommunerevisjonen at slike beklagelser var gjengitt i 3 av de 18 gjennomgåtte avviksmeldingene som ble lukket ved sykehjemmet.

I tillegg til Kommunerevisjonens egne ansatte, har Gry Opsahl vært engasjert som konsulent i denne undersøkelsen. Opsahl var tidligere førstelektor ved Institutt for sykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus og har jobbet som kvalitetsrådgiver for Fylkeslegen i Oslo. Etter Kommunerevisjonens vurdering har prosjektteamet hatt den nødvendige kompetansen til å gjennomføre undersøkelsen.

Kommunerevisjonen merker seg Ryenhjemmets opplysninger om at enkelte ansatte opplevde intervjuene som krevende. Kommunerevisjonen er oppmerksom på at enkelte kan oppleve det som krevende å bli intervjuet. Kommunerevisjonen tilstreber å gjøre belastningen mindre, for eksempel ved å ta personlig kontakt med hver enkelt, og ved å gi informasjon om undersøkelsen, gjennomføringen av intervjuet og prosessen i etterkant.

Kommunerevisjonens vurdering av de meldte tiltakene

Kommunerevisjonen merker seg at Sykehjemsetaten har meldt tiltak som involverte alle etatens kommunale sykehjem. Den varslede opplæringen av ledere i de kommunale sykehjemmene synes relevant i lys av Kommunerevisjonens anbefaling til etatens administrasjon.

De to sykehjemmene har meldt om tiltak som synes relevante i lys av Kommunerevisjonens anbefalinger om opplæring og behovet for en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik. Videre vil Lilleborg sykehjem legge opp til en grundigere dokumentasjon av avviksbehandlingen når den er tema i utvalg og møter. Ved Ryenhjemmet skal ledere ha større fokus på avviskultur og avviksbehandling. De meldte tiltakene kan bidra til at flere ansatte bruker og melder avvik i Kvalitetslosen, og at dokumentasjonen av vurderinger og gjennomførte tiltak blir bedre, men det er ikke meldt om ytterligere tiltak som spesielt skal sikre at dette oppnås.

Referanser

a) Referanser fra Oslo kommune

Instruks for virksomhetsledere, versjon 2. Vedtatt av bystyret 18.09.1991.

Bystyremelding nr. 7/1998 *Ledelses- og kompetanseutvikling i Oslo kommune 1998–2002*

Kommunerevisjonen i Oslo: *Rapport 20/2012 Oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009 Sykehjemsetaten – status etter to års drift*

b) Eksterne referanser

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 30. mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)

Forskrift 20.12.2002 nr. 173 I om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten.*

Forskrift 27.06.2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Helseetaten: *Samlerapport for kvalitetsrevisjonene 2012*

Helsetilsynet: *Rapport fra tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem ved Furuset sykehjem 2011*

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven være forsvarlige.

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, 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, jf. helsetilsynsloven og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Kravet til internkontroll må ses i sammenheng med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene som pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som skal sikre kvalitet på tjenester som imøtekommer brukernes grunnleggende behov. Utviklingen av systemet av prosedyrer er en del av virksomhetens internkontrollsystem.

Kommunen skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven. Dette innebærer blant annet et krav om systematiske tiltak for å verne pasienter og brukere mot å bli påført skade eller utsatt for risiko for skade. Sentralt i dette arbeidet er å ha kunnskap om uønskede hendelser. Arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet skal være en del av virksomhetens internkontroll.

I Oslo kommune har bystyret lagt ansvaret for internkontroll til etatsleder, jf. instruks for virksomhetsledere § 3. I henhold til Oslo kommunes ledelsesprinsipper (Bystyremelding nr. 7/1998 *Ledelses- og kompetanseutvikling i Oslo kommune 1998–2002*) kan virksomhetsleder delegerer oppgaver til andre og gi dem ansvaret for utførelsen – sammen med den myndighet som er nødvendig for å kunne utføre oppgaven. Virksomhetsleder er pålagt å sørge for at nødvendige kontroll- og rapporteringsrutiner er på plass ved delegering.

Sykehjemsetaten har innført internkontroll- og kvalitetssystemet Kvalitetslosen i alle kommunale sykehjem. Kvalitetslosen gir de ansatte tilgang til aktuelle lover, forskrifter, rutiner og prosedyrer, samt legger til rette for registrering og oppfølging av avvik.

Undersøkelsens problemstillinger har vært som følger:

- I hvilken grad benyttes Kvalitetslosen som forutsatt i pleie- og omsorgssektoren?
- Har Sykehjemsetaten en tilfredsstillende avviksbehandling?

I det følgende gjøres det nærmere rede for revisjonskriteriene og grunnlaget for disse.

Bruk av Kvalitetslosen

Revisjonskriterier

- Sykehjemmet skal legge til rette for at alle ansatte skal kunne benytte Kvalitetslosen i det daglige arbeidet.
- Sykehjemmet skal sikre at avvik blir meldt i Kvalitetslosen.

Revisjonskriteriene er utledet fra:

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 første ledd første punktum:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-2 første ledd første punktum:

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

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester 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.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i tjenestene.

Forskrift 20. desember 2002 nr. 173 I om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 annet ledd bokstavene d, f og g:

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,

d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,

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 overtredelse av sosial- og helselovgivning.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* punkt 3.1.4:

Medarbeidernes engasjement og deltakelse i prosesser bør motiveres og belønnes, tilbakemeldinger bør tas på alvor, påpekt svikt bør korrigeres og forslag til forbedringer bør følges opp gjennom konkrete tiltak.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* s. 29–30 *Kontrollere*:

Rapportering av svikt og uønskede hendelser og bruken av disse til læring og forbedring er viktige forutsetninger for at internkontrollen skal fungere.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* s. 30 *Noen fallgruver*:

(...) noen fallgruver i internkontrollarbeidet som det kan være viktig ikke å falle i ved utviklingen av arbeidet. Eksempler på de viktigste er:

(...) At man ikke fokuserer på forbedringspotensialet i svikt og mangler, men fokuserer på hvem som har gjort feil: Svikt og mangler i en organisasjon indikerer at systemene ikke fungerer optimalt og er viktige utgangspunkt for nødvendig forbedringsarbeid. Oppfølging av svikt og mangler som består i å lete etter "syndebukker", vil kunne bidra til å tilsløre de faktiske forhold og redusere mulighetene for forbedring.

Avviksbehandling

Revisjonskriterium

- Avvik meldt i Kvalitetslosen skal følges opp, og nødvendige tiltak skal iverksettes.

Revisjonskriteriet er utledet fra:

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 første ledd første punktum:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-2 første ledd første punktum:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Forskrift 20. desember 2002 nr. 173 I om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 annet ledd bokstavene f og g:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* punkt 3.1.4:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* s. 29–30 *Kontrollere*:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Opplæring av ansatte

Revisjonskriterium

- Alle ansatte ved sykehjemmet skal gis opplæring i bruken av Kvalitetslosen, herunder registreringen og behandlingen av avvik.

Revisjonskriteriet er utledet fra:

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 første ledd første punktum:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3:

Se under Bruk av Kvalitetslosen.

Forskrift 20. desember 2002 nr. 173 I om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 annet ledd bokstav c):

- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

Vedlegg 2 Metode

I det følgende gjør vi nærmere rede for undersøkelsesopplegget og vurderinger av dataenes gyldighet og pålitelighet.

Generelt om metoden i forvaltningsrevisjon

De sentrale elementene i undersøkelsesmetoden er like i alle forvaltningsrevisjoner. Kommunerevisjonen utleder relevante revisjonskriterier med utgangspunkt i temaene og problemstillingene som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget. Deretter kartlegger og beskriver vi den undersøkte virksomhetens systemer, praksis eller resultater på de aktuelle områdene. Etter det vurderer vi denne faktabeskrivelsen opp mot revisjonskriteriene. Disse vurderingene leder frem til Kommunerevisjonens konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Undersøkelsen har vært rettet mot Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet, og vi omtaler valget av disse sykehjemmene nedenfor. I tillegg er Sykehjemsetatens administrasjons arbeid med å legge til rette for og følge opp bruken av Kvalitetslosen beskrevet i rapporten. Den delen av undersøkelsen er hovedsakelig basert på administrasjonens opplysninger. I kapitlene om sykehjemmene har vi til en viss grad sett på administrasjonens avviksbehandling.

Kommunerevisjonen har undersøkt følgende problemstillinger, vedtatt av kontrollutvalget:

- I hvilken grad benyttes Kvalitetslosen som forutsatt i pleie- og omsorgssektoren?
- Har Sykehjemsetaten en tilfredsstillende avviksbehandling?

Vi har konsentrert oss om avvik meldt i kategoriene *organisasjon/internt* og *tjeneste/bruker/pasient*.

Vi startet formelt opp undersøkelsen da vi sendte ut oppstartsbrev til byråden for eldre og Sykehjemsetaten 11.03.2014. Vi hadde deretter oppstartsmøter med byrådsavdelingen og etaten henholdsvis 21.03.2014 og 24.03.2014.

Deretter valgte vi ut Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet, hvor vi skulle undersøke bruken av Kvalitetslosen nærmere. Vi sendte oppstartsbrev til Ryenhjemmet 26.03.2014 og Lilleborg sykehjem 15.04.2014. Vi hadde oppstartsmøte med Ryenhjemmet 01.04.2014 og med Lilleborg sykehjem 28.04.2014. Hensikten med oppstartsmøtene var først og fremst å gi informasjon om undersøkelsen, samt å få tilbakemeldinger og synspunkter på problemstillingene, avgrensninger, undersøkelsesopplegget og revisjonskriteriene.

For hoveddelen av undersøkelsen var undersøkelsesperioden i hovedsak 01.03.2013–01.03.2014. Undersøkelsesperioden for avviksstatistikkene, blant annet av antall meldte avvik, var 2013. Vi valgte året 2013 fordi det allerede forelå en del statistikk fra dette året, blant annet sakspapirene til det sentrale kvalitetsutvalget i Sykehjemsetaten. Denne perioden gjaldt blant annet utvalget av avviksmeldinger meldt ved sykehjemmene. I resten av rapporten er den perioden for enkelhets skyld beskrevet som mars 2013–februar 2014.

Hovedtyngden av datainnsamlingen i de to sykehjemmene foregikk våren 2014.

I august verifiserte de to sykehjemmene faktabeskrivelsene som gjaldt deres praksis, og Sykehjemsetatens administrasjon verifiserte delene som omhandlet administrasjonens arbeid.

Vi holdt en forhåndspresentasjon 09.09.2014 for Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetatens administrasjon og de to sykehjemmene. I møtet presenterte vi våre foreløpige funn, vurderinger og anbefalinger. Deltakerne fikk anledning til å komme med merknader og spørsmål i etterkant av presentasjonen, samt i en dag etter møtet. Vi sendte så rapporten til uttalelse til de to sykehjemmene, Sykehjemsetaten og byråden for eldre 12.09.2014.

Valg av sykehjem og avdelinger

Vi bestemte oss for å undersøke bruken av Kvalitetslosen i to kommunale sykehjem. Kriteriene for utvalget av sykehjemmene var at de skulle være av en viss størrelse, slik at de i den forstand ikke skilte seg fra hovedbolken av sykehjem. Videre ønsket vi å velge et sykehjem som meldte relativt mange avvik i forhold til antall døgnplasser, og et som meldte relativt få. Videre tok vi hensyn til andre faktorer, som for eksempel om andre aktører gjennomførte revisjoner av samme sykehjem.

Sykehjemsetatens administrasjon var orientert om valget av sykehjem, og kom med synspunkter på valgene.

Vi valgte to ordinære langtidsavdelinger i hvert sykehjem, for å undersøke mest mulig like avdelinger. Videre valgte vi den ordinære langtidsavdelingen i hvert sykehjem som meldte flest og færrest avvik i 2013. Slik endte vi opp med fire avdelinger fordelt på to sykehjem.

Valgte metoder

Breddeundersøkelse av alle sykehjemmene

Vi mottok statistikk fra Sykehjemsetaten på antall meldte avvik i hele Sykehjemsetaten og per sykehjem, fordelt på avdelinger og kategorier. Vi mottok også statistikk på antall automatisk videresendte avvik per sykehjem. Vi så antall meldte avvik i Sykehjemsetaten opp mot antall døgnplasser per sykehjem. Informasjonen om antall døgnplasser per sykehjem fikk vi tilsendt fra Sykehjemsetaten. Vi forholdt oss til tallene per 31.12.2013. Antall døgnplasser per sykehjem kan variere gjennom året, noe vi har opplyst om i rapporten.

Intervjuer

Kommunerevisjonen har intervjuet og fått verifisert referater fra følgende informanter i denne undersøkelsen:

Lilleborg sykehjem:

- institusjonssjefen
- avdelingslederne for avdeling 4 og 5
- fagutviklingssykepleieren som var koordinerende superbruker i Kvalitetslosen
- 14 ansatte, 7 ansatte fra avdeling 4 og like mange fra avdeling 5. Vi intervjuet både fast ansatte sykepleiere og hjelpepleiere, og ekstravakter.

Ryenhjemmet:

- institusjonssjefen
- avdelingslederne for avdeling 3 og 4. Avdelingslederen i avdeling 4 var også koordinerende superbruker i Kvalitetslosen.

- overlegen
- 14 ansatte, 7 ansatte fra avdeling 4 og like mange fra avdeling 5. Vi intervjuet både fast ansatte sykepleiere og hjelpepleiere, og ekstravakter.

Sykehjemsetatens administrasjon:

- lederen for Avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling (Kvalitetsavdelingen) og en konsulent fra samme avdeling
- områdedirektøren for alle de kommunale sykehjemmene
- den tidligere områdedirektøren for halvparten av de kommunale sykehjemmene (fra 01.01.2014 fikk én områdedirektør ansvaret for alle de kommunale sykehjemmene)

Vi har også intervjuet følgende personer:

- en tillitsvalgt for Fagforbundet ved Ryenhjemmet
- en tidligere og en nåværende tillitsvalgt for Norsk sykepleierforbund ved Ryenhjemmet
- en tillitsvalgt for Fagforbundet ved Lilleborg sykehjem
- en tillitsvalgt for Norsk sykepleierforbund ved Lilleborg sykehjem

Vi har ikke referert til disse intervjuene i rapporten, og referatene fra disse intervjuene er ikke verifisert.

Til intervjuene hadde vi forberedt en del spørsmål om konkrete forhold som vi ønsket at informantene skulle omtale. I tillegg fikk informantene anledning til selv å ta opp temaer og forhold som de anså som relevante for undersøkelsens tema.

Intervjuene av de ansatte ved sykehjemmene ble i hovedsak gjennomført når de ansatte var på vakt. Selv om vi ikke fortalte ledelsen hvem som ble intervjuet, har vi antatt at ledelsen ble kjent med det. Vi opplyste de fleste intervjuobjektene om at de ville bli anonymisert i rapporten, men at vi ikke kunne utelukke at ledelsen kunne gjette seg frem til hvem som ble intervjuet ut fra teksten i rapporten. Vi ser i ettertid at denne fremgangsmåten kan ha ført til at de ansatte kviet seg for å gi oss alle relevante opplysninger, og at det kan ha påvirket dataenes pålitelighet.

Dokumentgjennomgang

Vi telte hvor mange avvik hver ansatt hadde meldt ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet.

I tillegg gikk vi nærmere gjennom 19 avviksmeldinger i hvert sykehjem som ble lukket i perioden 01.03.2013–01.03.2014. Vi valgte avviksmeldinger som var lukket, for å sikre oss at de ikke var under behandling når vi gikk gjennom dem. I utgangspunktet skulle vi velge 20 avviksmeldinger fra hvert sykehjem, men i utvalget ved hvert sykehjem forekom det at en avviksmelding var valgt ut to ganger. Vi endte derfor opp med 19 avviksmeldinger fra hvert sykehjem, som etter vår vurdering var tilstrekkelig.

Vi valgte avviksmeldinger som var meldt i kategoriene *tjeneste/bruker/pasient* og *organisasjon/internt*, ettersom vi i denne undersøkelsen ikke har konsentrert oss om avvik som var meldt i HMS-kategorien. Avviksmeldingene var meldt i og/eller lukket i de undersøkte avdelingene. Det vil si at de kunne være meldt i en annen avdeling og videresendt til og lukket i den undersøkte avdelingen, de kunne være meldt og lukket i den undersøkte avdelingen, eller de kunne være meldt

i og videresendt fra den undersøkte avdelingen og lukket et annet sted. En avviksmelding ved Ryenhjemmet ble til slutt lukket og behandlet i en avdeling vi ikke undersøkte.

I hvert sykehjem valgte vi avviksmeldinger tilfeldig etter når de var lukket. Vi valgte avviksmeldingene fra forskjellige grupper som var sortert både etter hvilken kategori avvikene var meldt i, og etter hvor de var meldt til og lukket.

Vi har sett på avviksbehandlingen som var dokumentert i avviksmeldingene.

Videre gikk vi gjennom annen relevant dokumentasjon, som møtereferater fra det sentrale og de lokale kvalitetsutvalgene, opplæringsdokumentasjon, mv.

Bruk av ekstern konsulent og kontakt med eksterne aktører

Som konsulent har vi knyttet til oss Gry Opsahl, førstelektor ved Institutt for sykepleie, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus. Opsahl har tidligere jobbet som kvalitetsrådgiver for Fylkeslegen i Oslo.

Opsahl har gitt faglige råd, bistått oss med analysen av behandlingen av avviksmeldingene og lest og kommentert rapportutkast. Kommunerevisjonen har imidlertid ansvaret for det endelige sluttresultatet.

I tillegg har vi i løpet av undersøkelsen vært i kontakt med følgende aktører:

- Fylkesmannen i Oslo og Akershus
- Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo
- Norsk sykepleierforbund Oslo
- Fagforbundet pleie og omsorg Oslo
- hovedverneombudet i Sykehjemsetaten
- tilsynsutvalget i bydel Nordstrand, som er tilsynsutvalg for Ryenhjemmet
- tilsynsutvalget i bydel Grünerløkka, som er tilsynsutvalg for Lilleborg sykehjem

Gyldighet og pålitelighet

Kommunerevisjonens vurderinger og konklusjoner er avpasset de begrensningene som ligger i datagrunnlaget, herunder intervjuene med de ansatte. Som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner mener vi derfor at de innsamlede dataene er tilstrekkelig gyldige og pålitelige.

Vedlegg 3 Uttalelse fra Sykehjemsetaten



Oslo kommune

Kommunerevisjonen
v/ Truls Asle H. Stende

Dato: 26.9.2014

Deres ref:
201400253-22

Vår ref (saksnr):
201400277-7

Saksbeh: Evy Alsos

Arkivkode:
126.2

TILBAKEMELDING PÅ RAPPORT: KVALITETSLOSEN - EN UNDERSØKELSE AV AVVIKSBEHANDLINGEN VED LILLEBORG SYKEHJEM OG RYENHJEMMET

Det vises til brev av 12.9.2014 vedlagt rapport til uttalelse fra Kommunerevisjonens forvaltningsrevisjon «Kvalitetslosen – en undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet».

Alle kommunale sykehjem i Oslo har siden 2011 benyttet Kvalitetslosen som elektronisk kvalitetssystem. Sykehjemmene bruker systemet til avviksbehandling og dokumentstyring. Ansvaret for at systemet brukes i tråd med intensjonene er tillagt ledere i linjen, i sykehjem og område. Samtidig er etatens Avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling ansvarlig for å bistå linjen med opplæring og oppfølging i bruken.

Sykehjemsetaten er godt fornøyd med å ha et enhetlig elektronisk system til avviksbehandling og dokumentstyring. Etaten ser samtidig store utfordringer ved at alle ansatte skal bli velfungerende på systemet.

Det er siden 2011 gjennomført mye opplæring og oppfølging i bruk av systemet, både fra sentral administrasjonen og i hvert enkelt sykehjem. Administrasjonens hovedmålgruppe for opplæring er ledere og koordinerende superbrukere. Ut over dette er hvert enkelt sykehjem ansvarlig for å gjennomføre kontinuerlig opplæring, inkl. sikre at nyansatte blir kjent med og tar Kvalitetslosen i bruk.

Sykehjemsetaten har utarbeidet flere retningsgivende standarder som sier hvordan systemet skal brukes. Tross dette opplever etaten at det er variasjoner i bruk av systemet sykehjemmene i mellom.

Sykehjemsetaten benytter Kvalitetslosen på lik linje med flere bydeler og andre etater knyttet til Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. Etatens avtale om bruk av programmet utløper i 2015, og det planlegges å gjennomføre ny anskaffelse av elektronisk kvalitetssystem slik at dette kan tas i bruk fra høsten 2015.



Postadresse:
Postboks 435, Sentrum
0103 Oslo

Besøksadresse:
Nedre Slottsgt. 3

Telefon: 02 180
Telefaks: 23 43 30 09
Bankkonto: 1315.01.03295

E-post: postmottak@sy.e.oslo.kommune.no

1. Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Sykehjemsetaten har vært innforstått med forvaltningsprosjektets hensikt. Etaten ble varslet om forvaltningsprosjektet skriftlig, samt at formål, kriterier, metode og framdrift ble gjennomgått i eget møte.

Gjennom revisjonsperioden har det vært jevnlig og god kontakt mellom Kommunerevisjonens prosjektleder og etatens kontaktpersoner.

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

Sykehjemsetaten mener at valgt metode for revisjonen er relevant. Etaten har bistått med å levere dokumentasjon og Kommunerevisjonens prosjektleder ble vist og fikk innføring i bruk av Kvalitetslosen. Intervjuformen opplevdes som krevende for enkelte ansatte ved Ryenhjemmet.

Etaten fikk mulighet til å påvirke valg av sykehjem og foreslo to sykehjem hvor bruk av Kvalitetslosen var oppfattet som noe ulik. Imidlertid mener vi at revisjonen gir noe begrenset kunnskap på systemnivå siden kun to sykehjem er undersøkt. Det er p.t. 22 kommunale sykehjem som bruker Kvalitetslosen. Etaten skulle gjerne sett at funnene i rapporten hadde et bredere datagrunnlag.

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

Sykehjemsetaten mener at revisjonskriteriene er relevante og dekkende og har ingen utdypende kommentarer.

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

Lilleborg sykehjem påpeker at rapporten i liten grad opplyser om det ansvar den enkelte ansatte har for å melde behov for opplæring og manglende passord. Sykehjemmet opplever dette ansvaret som viktig da det ellers blir vanskelig for ledelsen å avdekke slike forhold hvis ansatte ikke selv er tydelige på egne behov.

Sykehjemmet kjenner seg heller ikke igjen i at det i rapporten (s. 23) står at både ansatte og noen blant ledelsen sier at man ikke skal melde avvik hvis man finner medikamenter på gulvet. Sykehjemmets ledelse har tatt initiativ til å avdekke hva grunnlaget for denne uttalelsen er, da dette er et klart avvik ut fra opplæringen som er gitt i bruk av Kvalitetslosen. Hittil har ikke sykehjemmet klart å verifisere denne uttalelsen.

Lilleborg sykehjem påpeker også til pkt. 6.1. (s. 46) om risikovurdering på bakgrunn av meldte avvik, at sykehjemmet på bakgrunn av avviksbehandling har gjennomført risikovurderinger. Dette gjelder bl.a. avvik som omhandler medikamenter. Sykehjemmet påpeker videre til pkt. 6.1. om avvik som ble meldt hvor det ble videreformidlet beklagelse fra ansatte i etterkant, at dette må være enkeltstående hendelse og en praksis som sykehjemmet ikke kjenner seg igjen i.

Ryenhjemmet uttrykker at de savner at revisor hadde noe mer kompetanse innen fagfeltet pleie og omsorg og at dette kan ha påvirket konklusjonene for sykehjemmet.

Ut over dette stiller Sykehjemsetaten seg bak Kommunerevisjonens hoved konklusjoner og anbefalinger. De områdene som berøres av anbefalingene, er områder Sykehjemsetaten allerede har i fokus, og som etaten vil fortsette å arbeide systematisk med å forbedre. Sykehjemsetaten har på bakgrunn av tilbakemeldingene utarbeidet en systematisk tiltaksplan som tar opp forholdene fra rapporten.

5. Vil Sykehjemsetaten vurdere tiltak, eller iverksette tiltak, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og/eller anbefalinger?

Sykehjemsetaten har fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid og vil på bakgrunn av rapportens vurderinger og konklusjoner iverksette forbedringstiltak. Rapporten vil bli bekjentgjort for alle kommunale sykehjem.

For Ryenhjemmet og Lilleborg sykehjem har forvaltningsrevisjonen hatt verdi. Revisjonen i seg selv har satt søkelys på avviskultur og avviksbehandling. Den har gitt bruk av Kvalitetslosen oppmerksomhet som igjen har resultert i diskusjoner og læring. På bakgrunn av forvaltningsprosjektets funn vil Sykehjemsetaten i det videre foreta noen helhetlige grep og iverksette tiltak som involverer alle etatens kommunale sykehjem.

Tilrettelegging for bruken av Kvalitetslosen

I introduksjonsperioden for nyansatte medarbeidere skal det sikres at alle får passord og tilgang til Kvalitetslosen. Dette skal skje parallelt med at ansatte får PRK-tilgang, og helst innen den ansattes første arbeidsuke. Det er den nyansattes nærmeste leder som er ansvarlig for at tilgang til systemet gis og at opplæring skjer. Tiltaket påbegynnes umiddelbart.

Opplæring

I høst gjennomføres dialogmøter mellom Kvalitetsavdelingen og ledergruppene i alle kommunale sykehjem med tema internkontroll og bruk av avvik til forbedring. Sykehjemsetaten skal også i løpet av høsten gjennomføre opplæring for ledere med tema dokumentasjon. Det vil også bli holdt en arbeidsgiversamling for ledere med fokus på leders ansvar i forhold til å ha betryggende internkontroll.

Fra 2015 vil Sykehjemsetaten gjennomføre obligatorisk opplæring for ledere i avviksbehandling, avviskultur, uttak av statistikker og internkontroll. Sykehjemsetaten har ca. 180 ledere og gjennomføringen av tiltaket vil foregå gjennom store deler av året.

Sykehjemsetaten viderefører dagens ordninger som daglig support i bruk av Kvalitetslosen på telefon og mail samt årlige samlinger for koordinerende superbrukere.

Lilleborg sykehjem innarbeider opplæring i Kvalitetslosen som eget sjekkpunkt ved opplæring av nyansatte. Sykehjemmet legger også opp til regelmessige felles undervisninger av nyansatte og andre ansatte med behov for oppfriskning. Opplæring av medarbeidere skal dokumenteres både av den ansatte og av sykehjemmet.

Ryenhjemmet skal fortsette med opplæring både av enkeltansatte og i grupper. Fagutviklingspsykepleier skal hvert halvår undervise i hva som er avvik og ikke.

Meldinger og behandling av avvik i Kvalitetslosen

Sykehjemsetaten vil fra 2015 sikre en tydeligere delegasjon av fullmakt til institusjonene om etterlevelse av helselovgivning og internkontrollforskriften. Dette som ledd i en gradvis utvikling av sykehjemmene til å bli sterke og selvstendige virksomheter. Denne tilpasningen skjer over tid og følges opp i styringsdialogen.

Fra høst 2014 vil Sykehjemsetatens lederteam behandle kvartals vise rapporter fra Kvalitetslosen pr. sykehjem som viser aktivitet i bruk av programmet, omfang av meldte avvik og avviksbehandling. Rapportene gjøres kjente for sykehjemmene for derigjennom å sikre at informasjon deles. Rapportenes funn blir del av sykehjemmenes forbedringsarbeid.

Lilleborg sykehjem vil framover legge opp til en grundigere dokumentasjon av avviksbehandlingen når denne er tema i Lokalt kvalitetsutvalg, ledermøter og institusjonssjefens møter med vernegruppa. Sykehjemmet skal øke fokuset på å ha en mer enhetlig og felles forståelse av hva som skal meldes som avvik ved bl.a. å ha dette som tema på møter i Lokalt kvalitetsutvalg og ledermøter. Ledelsen skal også i større grad bruke avvik som grunnlag for risiko- og sårbarhetsanalyser.

På Ryenhjemmet skal ledere ha større fokus på avviskultur og avviksbehandling.

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

Viser til punkt 5 over. Noen av tiltakene har en tydelig frist for oppstart og vil dernest være mer langsiktige og kontinuerlige som ledd i sykehjemmenes ordinære drift.

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

Sykehjemsetaten oppfatter Kommunerevisjons rapport som nyttig. Systematisk avviksbehandling er en viktig forutsetning for kvalitetssikring av tjenestene.

8. Hvordan oppfattes rapportens oppbygging og språkbruk?

Rapporten er strukturert og har som hovedinntrykk god lesbarhet.

Med hilsen



Hege Jagmann
etatsdirektør

for Inger Kinsel
Heidi Engelund
avdelingsdirektør



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