



**Kapasitet og kvalitet i sykehjemmene i
Nøtterøy kommune**

Forvaltningsrevisjonsrapport 2010

Forord

Kontrollutvalget i Nøtterøy kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon rettet mot undersøkelser av kapasitet og kvalitet i pleie- og omsorgstilbudet ved sykehjemmene i kommunen.

I forvaltningsrevisjonen har vi sett på kvaliteten i utvalgte deler av tjenestetilbudet ved sykehjemmene, samt kapasitetsutviklingen i sykehjemmene, herunder kommunens oppfyllelse av tiltakene rettet mot kapasitet i sykehjemssektoren i helse- og sosialplanen for Nøtterøy kommune 2005- 2015.

Våre undersøkelser har omfattet alle tre sykehjem i kommunen; Gipø bo- og behandlingssenter, Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter og Østegaard rehabilitering.

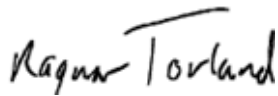
Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger framgår av rapportens hovedbudskap. Dernest følger en innledning i kapittel 1, i kapittel 2 og 3 er henholdsvis metoden og revisjonskriterier som har vært brukt redegjort for. Metoden og revisjonskriterier er ytterligere utdypet i vedlegg. Kapittel 4 inneholder fakta og våre vurderinger. Rådmannens uttalelse er i sin helhet tatt inn i kapittel 5.

Forvaltningsrevisjonen har vært gjennomført av Kari Hesjedal, Anton Olaussen og Inger Johanne Bø.

KPMG vil takke for verdifull hjelp fra Nøtterøy kommune.

Tønsberg 10.2.2010



Ragnar Torland (sign.)
Partner

Innhald

Hovedbudskap	4
1 Innledning.....	8
2 Metode.....	9
3 Revisjonskriterier	9
4 Fakta og vurdering	10
4.1 Kvalitet - etterlevelse av kvalitetsforskriften	10
4.2 Kvalitet – opplevd kvalitet i tjenestene	14
4.3 Kvalitet – etterlevelse av internkontrollforskriften	18
4.4 Kapasitet – oppfyllelse av tiltakene i helse- og sosialplanen 2005- 2015.....	23
5 Rådmannens uttalelse	27
5.1 Uttalelsen fra rådmannen.....	27
5.2 Revisjonens kommentar	31
Vedlegg	32

Hovedbudskap

Forvaltningsrevisjonen har vært rettet mot kvalitet og kapasitet i sykehjemmene. Formålet har vært to delt.

For det først har det vært et formål å undersøke tjenestekvaliteten i sykehjemmene i kommunen, både i forhold til hvordan brukere og tjenesteytere opplever kvalitet på tjenestene og i forhold til gjeldende kvalitetskrav. Vi har også undersøkt om sykehjemmene på utvalgte områder oppfyller krav til internkontroll, for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet.

For det andre har det vært et formål å undersøke om kommunen har fulgt opp tiltakene i helse- og sosialplanen (2005-2015) som skulle gi bedre kapasiteten i sykehjemmene. Det har her også vært et formål å undersøke behovsdekningen (dekningsgraden) i sykehjemmene.

Kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften og helse- og omsorgsplanen for Nøtterøy kommune 2005- 2015 har utgjort revisjonskriteriene i forvaltningsrevisjonen.

Vårt overordnede inntrykk er

- Det jobbes konkret med kvalitet i sykehjemmene i kommunen. Lov - og forskriftsverk brytes ned i prosedyrer. Dette er positivt.
- Kapasiteten i sykehjemmene skal økes og tiltakene i helse – og sosialplanen gjennomføres.
- Kommunen har utfordringer i forhold til å sikre kunnskap og implementering av prosedyrer.

Nedenfor følger våre konklusjoner på problemstillingene og våre anbefalinger.

Til problemstilling 1

I hvilken grad oppfyller sykehjemmene nasjonale krav til kvalitet på utvalgte områder?

Etterlevelse av kvalitetsforskriften

Kommunens kvalitetsstrategi, det nye kvalitetssystemet (Kvalitetslosen) og de overordnede prosedyrene som er laget ved samarbeid mellom tjenesteområder innen helse og sosialsektoren, bidrar til at sykehjemmene kan oppfylle kvalitetsforskriftens krav.

Men, sykehjemmene skal også ha skriftlige prosedyrer for å sikre at brukerne får dekket en rekke grunnleggende behov listet i kvalitetsforskriften. Det gjenstår en del arbeid før sykehjemmene har alle disse prosedyrene på plass. Dette arbeides det med i kommunen.

Opplevd kvalitet i tjenestene

Brukerne trives og er fornøyd med behandlingen de får i sykehjemmene. De er ikke like fornøyd med informasjonen, mulighet for brukermedvirkning og aktivitetstilbudet.

Pårørende opplever i stor grad at brukerne får respektfull behandling, at brukernes trives og er fornøyd med tilbudet på sykehjemmet. De er på samme måte som brukerne mindre fornøyd med informasjonen, muligheten for brukermedvirkning og aktivitetstilbudet.

Tjenesteyterne opplever at det er størst forbedringspotensial i forhold til å dekke pasientenes behov for sosialt samvær, aktivisering, mulighetene pasientene får til å dusje og unngå uønsket sengeopphold i helgene.

Anbefaling

I arbeidet med operasjonalisering av prosedyrene må forbedringspotensialet i tjenestene til brukerne/pårørende hensyntas.

Til problemstilling 2

I hvilken grad oppfyller sykehjemmene kommunens krav til kvalitet?

Etterlevelse av prosedyrer

Kommunens krav til kvalitet fremgår av prosedyrene som kommunen har laget for å sikre kvalitetene i tjenestene.

Det er varierende kjennskap til prosedyrene hos ansatte vi har intervjuet. Manglende kjennskap øker risiko for at prosedyrene ikke følges og risikoen for at brukere ikke får den tjenestekvaliteten som prosedyrene er ment å sikre dem.

Til problemstilling 3

I hvilken grad er det behov for kvalitetsforbedringsarbeid sykehjemssektoren – vurdering av utvalgte områder?

Tilgang til lover og forskrifter

Kommunen har et system (Kvalitetslosen) som sikre sykehjemmene god tilgang til lover og forskrifter.

Opplæring i det nye kvalitetssystemet varierer i sykehjemmene og dermed kunnskap om bruk av systemet. Manglende opplæring kan svekke tilgangen til lover og forskrifter som systemet er ment å gi.

Tilstrekkelig kunnskap om kvalitetsforskriften

Kommunen arbeider kontinuerlig for å sørge for at ansatte skal ha nødvendig kunnskap om kvalitetsforskriften. Dette er positivt.

Kvalitetsforskriften, og prosedyrene som skal sikre gjennomføring av forskriftskravene, er kjent i varierende grad blant ansatte. Hvilken kunnskap ansatte har er sentralt for å sikre brukerne kvalitativt gode tjenester. Manglende kunnskap hos ansatte øker risikoen for at kvaliteten ved tjenesteytelsen ikke oppfyller kravene.

Gjøre bruk av erfaringer fra brukere/pårørende i forbedring av kvaliteten

Kommunen innhenter brukererfaringer og gjøre bruk av disse til forbedring av tjenestene.

Undersøkelser gjennomføres jevnlig, det avholdes brukerfora/dialogkonferanse i etterkant av brukerundersøkelser, og det utarbeides konkret tiltak med siktemål å forbedre tjenestene.

System for å avdekke og rette opp avvik

Kommunen har system for å avdekke og rettet opp avvik i sykehjemmene. Avvik registreres elektronisk, avviksmeldingen følges opp, og avviksmelderer får tilbakemelding innen 7 dager.

Rutinen for melding av avvik følges ikke i alle tilfeller. Ikke alle avvik blir meldt/ registret og fanget opp i avvikssystemet. Manglende avviksmeldinger kan svekke sykehjemmenes mulighet til å rette opp og forbedre tjenestene der det trengs. Dette igjen kan føre til at brukerne ikke får den tjenestekvaliteten de skal ha.

Anbefaling

Det bør fokuseres jevnlig og ytterligere på:

- Etterlevelse av kvalitetsforskriften
- Opplæring i kvalitetssystemet

Avvikshåndtering; det bør vurderes om det er behov for rutine for at avvikssystemet – rutinene tas opp jevnlig med de ansatte, for eksempel på gruppemøter. Implementering av avvikssystemet hos alle ansatte er en nøkkel for å lykkes med å avdekke og rette opp avvikene og forbedre tjenestekvaliteten.

Til problemstilling 4

I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kapasitet ved sykehjemmene i henhold til vedtak i kommunen?

Iht. til helse- og sosialplanen for 2005-2015 skal en rekke tiltak som er rettet mot kapasiteten i sykehjemmene gjennomføres. Noen av tiltakene videreføres i helse- og omsorgsplanen for 2008-2012. Kommunen har gjennomført flere av tiltakene. Det arbeides videre med å bedre kapasitetsutnyttelsen i sykehjemmene og i samsvar med tiltakene i helse – og omsorgsplanen 2008-2012.

- Det er opprettet to trygghetsplasser.
- Det er opprettet to plasser for lindrende behandling.
- Det er etablert forsterket skjermet enhet for personer med demens og utagerende adferd.
- Dobbeltrommene er fjernet ved Gipø og Bjønnesåsen.

Noen tiltak gjenstår:

- Den planlagte sykehjemsutbyggingen av to nye sykehjem i helse- og sosialplanen er vedtatt av kommunestyret i 2009, og sykehjemmene skal etter planen stå ferdig i 2013.
- Kommunen har lyktes med å øke andelen korttidsplasser, men har ikke nådd 30 % korttidsplasser.

Til problemstilling 5

Hvordan er status for kommunens kapasitet ved sykehjemmene sett i forhold til kommunens behov for hjemmebaserte tjenester og befolkningsveksten nevnt i kommuneplanen?

Kommunen har med de gjennomførte tiltakene i helse- og sosialplanen lyktes med å øke egen kapasitet og da innenfor sykehjemsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold/rehabilitering og plasser i skjermet enhet for demente. Utviklingen fra 2006 til 2008 viser at kommunen har økt sin kapasitet i å tilby slike sykehjemsplasser.

Antallet pasienter som får heldøgnsomsorg på sykehjemmene i kommunen i form av korttidsopphold har gått opp i perioden 2006 – 2008. Korttidsopphold på sykehjem gis veldig ofte til brukere som ellers ville fått hjemmetjenester, slik at brukeres behov for hjemmetjenester i en periode erstattes med et korttidsopphold på sykehjem. Det har fra 2007 til 2008 vært en økning i mottakere av hjemmetjenester i kommunen. I årene framover vil antall eldre øke. Den planlagte kapasitetsøkningen innen korttidspasser på sykehjemmene til 30 % vil kunne imøtekomme et fremtidig økende behov for korttidsopphold på sykehjem for brukere av hjemmetjenester. Økt bruk av korttidsopphold kan bidra til at brukere av hjemmetjenester kan bo lengre hjemme.

Fram til 2009 har ikke kommunen økt totalkapasiteten på sykehjems plasser i kommunen i særlig grad. Antall plasser har fra 2007 til 2009 har økt noe (fra 156 til 158 plasser). Bruken av plassene synes derimot å dreies i retning av større bruk av tidsbegrenset opphold.

Kommunen klarer ikke å dekke behovet for sykehjems plasser i dag innenfor kommunen og er avhengig av å kjøpe sykehjems plasser utenfor kommunen. I tillegg kommer betaling for liggedøgn på sykehus og ekstra døgnbemannede plasser. Regnskapstall indikerer at behovet for å kjøpe av sykehjems plasser utenfor kommunen har gått ned fra 2007- 2009.

Med den vedtatte utbyggingen av to nye sykehjem vil kommunen kunne øke kapasiteten innenfor sykehjemstilbudet i kommunen, rettet mot aldersgruppen 80 år og over. Det kan påregnes en økning i dekningsgrad fra 15,1 % i 2009 til estimerte 16,9 % i 2015. Dette forutsetter at kommunen tar alle nye planlagte plasser i bruk til sykehjemsformål.

1 Innledning

Kvalitet og kapasitet ved sykehjem i Nøtterøy kommune er et prioritert område for forvaltningsrevisjon i kommunens plan for forvaltningsrevisjon for 2008-2011.

Kontrollutvalget fattet i sak 35/08 vedtak om bestilling av forvaltningsrevisjon rettet mot kapasitet og kvalitet i pleie- og omsorgstilbudet ved kommunens sykehjem.

Prosjektplanen for forvaltningsrevisjonen ble fastsatt i møte i Kontrollutvalet den 16.3.2009.

Denne rapporten er svar på kontrollutvalget sin bestilling.

Formål

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om kommunens pleie - og omsorgstilbud ved sykehjemmene er tilstrekkelig på utvalgte områder – herunder undersøkelser a kvalitet og kapasitet på utvalgte områder.

Problemstillinger

På bakgrunn av formålet med forvaltningsrevisjonen er det oppstilt 5 problemstillinger i prosjektplanen.

Problemstillinger er ytterligere operasjonalisert gjennom underspørsmål som har vært benyttet i forvaltningsrevisjonen.

Problemstillinger og underspørsmål er listet nedenfor:

1. I hvilken grad oppfyller sykehjemmene nasjonale krav til kvalitet på utvalgte områder?
2. I hvilken grad oppfyller sykehjemmene kommunens krav til kvalitet?

Underspørsmål:

- I hvilken grad har sykehjemmene prosedyrer for å sikre kvalitet i sykehjemmene i henhold til krav i kvalitetsforskriften?
 - I hvilken grad etterleves prosedyrene?
 - Hvordan oppleves kvaliteten på pleie og omsorgstjeneste i sykehjemmene?
3. I hvilken grad er det behov for kvalitetsforbedringsarbeid sykehjemssektoren – vurdering av utvalgte områder?

Underspørsmål:

- I hvilken grad sikres tilgang for de ansatte i sykehjemmene til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for sykehjemmene?
- I hvilken grad sikrer kommunen at ansatte i sykehjemmene har tilstrekkelig kunnskap om kvalitetsforskriften?
- I hvilken grad gjør sykehjemmene bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av pleie- og omsorgstjenestene?
- I hvilken grad har sykehjemmene rutiner for å avdekke eventuelle overtredelser av sosial- og helselovgivningen, herunder rutiner for å rette opp overtredelser?

4. I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kapasitet ved sykehjemmene i henhold til vedtak i kommunen?
5. Hvordan er status for kommunens kapasitet ved sykehjemmene sett i forhold til kommunens behov for hjemmebaserte tjenester og befolkningsveksten nevnt i kommuneplanen?

Underspørsmål:

- I hvilken grad er tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkelig kapasitet i sykehjemssektoren gjennomført, herunder tiltak i helse- og sosialplanen for 2005-2015 og i helse- og omsorgsplanen for 2008-2012?
 - o Hvilke tiltak er det planlagt arbeidet videre med?
 - o Hvilke tiltak gjenstår?
- Hvordan har utviklingen i kommunens behovsdekning vært i perioden 2006 – 2008; sykehjem og hjemmetjeneste?
- I hvilken grad har tiltakene bidratt til eventuell økning i dekningsgraden?

2 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon.

Faktadelen i rapporten er basert på referater fra intervjuer, herunder intervjuer bl.a. med ledere, mellomledere og ansatte ved sykehjemmene, samt brukerundersøkelser, dokumentanalyse, KOSTRA¹ tall for Nøtterøy kommune 2006-2008, og svar på skriftlige spørsmål til kommunen.

I vedlegget til rapporten er metoden som har vært benyttet i prosjektet nærmere beskrevet.

3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunen blir revidert i forhold til².

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonskriterier vært utledet av kvalitetsforskriften³, internkontrollforskriften⁴ for sosial- og helsetjenesten og Helse – og sosialplanen for Nøtterøy kommune 2005-2015.

Revisjonskriteriene som er brukt er nærmere listet og utdypet i vedlegget til rapporten.

¹ KOMMUNEStatRAPPORTERING.

² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon. Norges Kommunerevisorforbund.

³ Forskrift av 27. Juni 2003 om kvalitet i pleie –og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

⁴ Forskrift av 20. Desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

4 Fakta og vurdering

4.1 Kvalitet - etterlevelse av kvalitetsforskriften

4.1.1 System og prosedyrer for å sikre kvalitet i tjenestene

Overordnet kvalitetsstrategi for Nøtterøy kommune

Kommunen har en kvalitetsstrategi, som favner om hele kommunens virksomhet; herunder tjenesteytelsen i sykehjemmene. Kvalitetsstrategien synliggjør roller og ansvar som ledere og ansatte har i å sikre tilstrekkelig kvalitet på tjenester.

Kvalitetsstrategien vektlegger at kommunen i kontakt med brukerne skal sørge for en god dialog som avklarer forventninger og behov hos den enkelte bruker. Det skal også med jevne mellomrom gjennomføres brukerundersøkelser for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Nytt kvalitetssystem (Kvalitetslosen)

Kommunen innførte i mai 2009 et nytt system for kvalitet og avviksarbeid i kommunen, som også gjelder helse- og sosialsektoren; herunder sykehjemmene. Systemet inneholder blant annet:

- Alle lover og prosedyrer for hvert tjenestested/sykehjem samlet.
- Elektroniske avviksmeldinger.

Rådmannen opplyser at Kvalitetslosen er et verktøy i sykehjemssektoren, både som et kvalitetssystem for prosedyre og rutiner etter internkontrollforskriften, men og som avvikssystem. Her fins alle prosedyrer og rutiner fra prosjektet ”Orden i eget hus” og handlingsplan for opplæring i alle rutinene og prosedyrene, samt opplæring i nytt lovverk. Kvalitetsarbeid jobbes det med kontinuerlig og er i stadig utvikling.

Prosedyrer

Kommunen⁵ opplyser at det er utarbeidet prosedyrer for kommunen som sikrer at kravene i kvalitetsforskriften er oppfylt. Det er utarbeidet overordnede prosedyrer i forhold til kvalitetsforskriften. Prosedyrene er utarbeidet i samarbeid med institusjonstjenesten, hjemmebaserte tjenester, tjenestekontoret og miljøarbeidertjenesten.

Prosedyrer ligger i det nye kvalitetssystemet - Kvalitetslosen. Hvert tjenestested skal operasjonalisere prosedyrene tilpasset sitt område. Dette arbeidet er påbegynt ved sykehjemmene. Sykehjemmene har også egne rutiner for arbeidsoperasjoner og tjenesteytelser til beboerne, som innarbeides i Kvalitetslosen.

Rådmannen opplyser at kommunen har en felles standard for tjenestetilbudet i sykehjem med utgangspunkt i kvalitetsforskriften. Alle sykehjem har igangsatt operasjonalisering av kvalitetsforskriften med påfølgende opplæring. Gipø har gjennomgått prosjektet ”orden i eget hus”. Her er det bl.a. nedfelt nye rutiner for mottak av nye pasienter og rutiner for pasientansvarlig sykepleier.

⁵ Kilde: Kvalitetsrådgiver helse- og sosialsektoren.

Vår vurdering:

Kvalitetsforskriften stiller krav om at kommunen skal ha system og prosedyrer for å sikre at brukerne får dekket behovet for tjenester; herunder mulighet for brukermedvirkning, at behovene dekkes, samt at brukerne sikres et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud.

Kommunen står fritt til å velge det system som den selv ønsker for å gjennomføre kravene. Etter vår vurdering bidrar både kvalitetsstrategien, det nye kvalitetssystemet og de overordnede prosedyrene til at kommunen kan oppfylle kvalitetsforskriftens krav.

Samtidig krever kvalitetsforskriften også at det skal foreligge skriftlige prosedyrer for å sikre at brukerne får dekket en rekke grunnleggende behov som; hygiene, variert kosthold, sosialt samvær, medisinsk behandling, tannhygiene, en verdig livsavslutning mv.

Etter vår vurdering, gjenstår det en del arbeid før sykehjemmene har gjennomgått sine eksisterende rutiner som skal bidra til å dekke slike grunnleggende behov hos bruker, og eventuelt forbedret disse og implementert disse i det nye kvalitetssystemet.

4.1.2 Etterlevelse av prosedyrer

I siste halvdel av 2009 ble det meldt ca 350 avvik hvorav vel 80 % gjaldt avvik fra kvalitet i tjenestene til pasientene i sykehjemmene.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter

Respondentene i intervjuene opplyser at de kjenner til kvalitetsforskriften og prosedyrene.

Gipø bo- og behandlingssenter

Har en prosedyre som sier at man skal lese og forholde seg til kvalitetsforskriften.

Respondentene i intervjuene kjenner til kvalitetsforskriften, men kjenner ikke innholdet i den. De kjenner ikke til kommunens prosedyrer for etterlevelse av kvalitetsforskriften.

Respondentene påpeker at de har en oppfatning av hva kvalitet i tjenesten er, selv om de ikke kjenner forskriften/rutinene og peker på kvalitetsutfordringer, som bl.a. at:

- det blir for liten tid til å ta pasientene med ut på tur, prate, gjøre ting,
- tiden ikke strekker til slik at enkelte pasienter ikke får dusje
- de sjelden har kapasitet til å aktivisere pasientene etter at det grunnleggende stellet er gitt
- det ikke alltid er tid til å la pasientene utføre de oppgavene de kunne ha klart selv oppleves og at dette som å ta fra ”folk ressurser”.

Østegaard rehabilitering

Nye rutiner henges opp på en oppslagstavle slik at alle kan se den, videre blir de tatt opp i personalmøter. Prosedyrene for kommunen er lagt inn på Kvalitetslosen og det er utarbeidet en egen opplæringsplan for Østegaard for å sikre at alle kan bruke Kvalitetslosen.

Vår vurdering:

Prosedyrene skal sikre at brukerne får kvalitativt gode tjenester og at grunnleggende behov dekkes. Kjennskap til prosedyrene en forutsetning for å sikre god etterlevelse av prosedyrene.

- Fakta indikerer at det er varierende kjennskap hos ansatte til prosedyrene.

- Manglende kjennskap kan medføre at prosedyrene ikke følges.
- Prosedyrene er en av flere faktorer/verktøy som brukes for å sikre brukerne tjenester med tilstrekkelig kvalitet.
- Manglende oppfølging av prosedyrene vil kunne øke risikoen for at brukeren ikke får den tjenestekvaliteten som kvalitetsforskriften fastsetter. Innmeldte avvik i 2009 underbygger etter vårt syn dette.

4.1.3 Brukermedvirkning

Kommunen⁶ opplyser at det skal gjennomføres inntakssamtaler for å avklare pasientens behov.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter

Mange av pasientene er ikke selv i stand til å uttrykke hva de ønsker. Bjønnesåsen benytter et skjema som pårørende fyller ut ved inntak. Av skjemaet framgår det både hva pasienten liker, for eksempel av mat, og livssyn. Det kan være vanskelig å ta hensyn til pasientens ønsker, særlig i helg da det er få på jobb.

Gipø bo- og behandlingssenter

Det er viktig å snakke med pasientene og de pårørende og gi informasjon om hva en kan tilby ved Gipø. Sykehjemmet bør ha en sjekklister som kan brukes i forbindelse med mottak an nye beboere, hvor det kan komme fram hva som er viktigst for den enkelte.

Gipø har pleieplaner som inneholder opplysninger om ønskede aktiviteter og preferanser hos pasienten. Alle avdelinger bort sett fra en har et skjema som pårørende kan fylle inn ved ankomst om bakgrunn og interesser. Dette oppbevares i papir på avdelingene, og oppleves som et nyttig verktøy

Østegaard rehabilitering

Det gjennomføres samarbeidsmøter underveis i oppholdet hvor det eventuelt avgjøres om oppholdet skal forlenges. Har begynt så vidt med planer for hver enkelt, slik at dette skal innføres.

Brukerundersøkelse

Det ble gjennomførte en brukerundersøkelse i 2008 hvor Gipø bo- og behandlingssenter deltok. Både utvalgte beboere og pårørende deltok. Gipø er det største sykehjemmet i kommunen.

Nedenfor er tatt inn resultatene fra undersøkelsen ved Gipø, sammenlignet med resultatet for landsgjennomsnittet.

Beboerne i Nøtterøy var mindre fornøyd med muligheten for brukermedvirkning enn landsgjennomsnittet, se tabellen:

⁶ Kilde: Kvalitetsrådgiver for helse- og sosialsektoren.

Kartlagte kommuner	Snitt land	Nøtterøy
Brukermedvirkning	3	2,8

Tall fra kommunen viser at beboerne i en brukerundersøkelse også i 2004 gav en score på 2,8. Sammenlignet med 2004 er pårørende like fornøyd med brukermedvirkningen i 2008 som i 2004.

Tabellen nedenfor utdyper resultatene for beboerne i 2008:

Hvor fornøyd er du med mulighetene til å bestemme	Gjennomsnitt	Nøtterøy
Hvilken hjelp du skal ha?	3,0	2,6
Når du skal legge deg og stå opp?	3,3	3,0
Når du skal spise?	2,8	2,7

Pårørende var mindre fornøyd med muligheten for brukermedvirkning enn landsgjennomsnittet, se tabellen:

Kartlagte kommuner	Snitt land	Nøtterøy
Brukermedvirkning	3	2,5

Tall fra kommunen viser at pårørende i en brukerundersøkelse i 2004 gav en score på 2,9. Sammenlignet med 2004 er pårørende mindre fornøyd med brukermedvirkningen i 2008.

Tabellen nedenfor utdyper resultatene for pårørende i 2008:

I hvor stor grad synes du beboeren får være med å bestemme:	Gjennomsnitt	Nøtterøy
Hvilken hjelp han/hun skal ha?	2,9	2,9
Når han/hun skal legge seg og stå opp?	3,2	2,9
Når han/hun skal spise?	2,9	2,9
Utarbeidet i samarbeid med beboeren?	2,6	2,0
Utarbeidet i samarbeid med deg som pårørende?	2,9	1,0
Samtalen var nyttig for deg som pårørende?	3,5	3,3

På bakgrunn av resultatene ble det iverksatt tiltak, bl.a.:

- Et brukerrådet skal startes opp igjen (pårørende, beboere, kjøkkensjef, TV, inst leder og 1 avd leder).

- Ha felles og jevnlig møter for pårørende.
- Ha samtaler med pårørende jevnlig hvert år.
- Mer informasjon om hva som faktisk foregår i sykehjemmene.

Vår vurdering:

Gipø bo- og behandlingssenter søker etter vår vurdering å sikre brukermidvirkning ved inntak av pasienter og ved kartlegging av pasientens vaner, livssyn m.v. Dette er etter vårt syn positivt.

Fakta indikerer også at det er rom for forbedring:

- En avdeling på Gipø har ikke skjema for å kartlegge brukeren ved inntak
- Bedre verktøy/sjekkliste for å kartlegge brukerens ønsker
- Brukermidvirkningen varierer med bemanningen; det er vanskeligere å gi reell brukermidvirkning når det er få på jobb.

Etter vår vurdering viser brukerundersøkelsen følgende:

- Pårørende var mindre fornøyd med brukermidvirkningen enn beboerne.
- Det har vært negativ utvikling i pårørendes syn på brukermidvirkningen 2004 til 2008.
- Beboerne var minst fornøyd med muligheten til å påvirke hvilken hjelp de skulle få, og mest fornøyd med muligheten til medbestemmelse i forhold til egen døgnrytme.

Oppsummert viser brukerundersøkelsen at det største forbedringspotensialet ligger i forhold til å bedre midvirkningen fra pårørende. Dette underbygges av de oppfølgende tiltakene etter brukerundersøkelsen.

4.2 Kvalitet – opplevd kvalitet i tjenestene

4.2.1 Brukernes opplevelse av kvalitet

Kommunen⁷ opplyser at brukerundersøkelser gjennomføres jevnlig. Brukerundersøkelse indikerer hvordan tjenestemottakerne opplever kvaliteten på pleie – og omsorgstjenestene som gis i sykehjemmene.

Nedenfor vises flere resultater fra brukerundersøkelsen gjennomført ved Gipø bo- og behandlingssenter i 2008. Resultatene er sammenlignet med resultatene for landsgjennomsnittet. Beste score i undersøkelsen er 4, dårligste score er 1.

Resultat for beboere

Tabellen viser hvordan beboernes opplevde kvaliteten ved tjenestene, sammenlignet med landsgjennomsnittet:

Kartlagte kommuner	Snitt land	Nøtterøy
Resultat for brukerne	3,2	3

⁷ Kilde: Kvalitetsrådgiver

(Om man er fornøyd med tjenestene)		
Trivsel	3,4	3
Brukermedvirkning	3	2,8
Respektfull behandling	3,5	3,1
Tilgjengelighet (Tilgang på lege og pleiepersonell)	3,3	2,8
Informasjon	3,1	2,7
Generelt (Opplevelse av sykehjemmet)	3,6	3,2
Gjennomsnitt	3,3	2,9

Brukerundersøkelsen viser at beboerne er minst fornøyd med informasjonen som gis, mulighet for brukermedvirkning og tilgang på lege og pleiepersonell (tilgjengelighet). De er mer fornøyd med trivselen og behandlingen de får.

Tabellen viser hvordan beboerne opplevde kvaliteten på utvalgte tjenester (kategorien Resultat for brukerne), sammenlignet med landsgjennomsnittet

Hvor fornøyd er du med:

	Gjennomsnitt	Nøtterøy
Måltidene?	3,5	3,0
Maten du får?	3,5	3,1
Hjelpen til personlig hygiene?	3,5	3,4
Muligheten til å gjøre dagligdagse gjøremål?	2,6	2,9
Aktivitetstilbudet her du bor?	2,6	2,6
Den medisinske behandlingen du får?	3,3	3,0
Muligheten for å komme ut og få andre opplevelser/turer?	2,5	2,2
Muligheten for privatliv / være alene?	3,4	3,4
Muligheten for å komme til tannlege?	3,3	3,1

Beboerne er mest fornøyd med grunnleggende stell som ivaretagelse av personlig hygiene og muligheten for privatliv. Beboerne er minst fornøyd med aktiviseringen; som å komme ut og aktivitetstilbudet.

Brukerundersøkelse - pårørende

Tabellen viser hvordan pårørende til beboere opplevde kvaliteten ved tjenestene sammenlignet med landsgjennomsnittet:

Kartlagte kommuner	Snitt land	Nøtterøy
Resultat for brukerne (Om man er fornøyd med tjenestene)	2,9	2,7
Trivsel	3,2	3,1
Brukermedvirkning	3	2,5
Respektfull behandling	3,6	3,7
Tilgjengelighet (Tilgang på lege og pleiepersonell)	3,3	3,2
Informasjon	3	2,8
Generelt (Opplevelse av sykehjemmet)	3,4	3,1
Gjennomsnitt	3,2	3

Pårørende er minst fornøyd med mulighet for brukermedvirkning, resultatet for brukeren og informasjonen. Pårørende opplever i stor grad at brukerne får respektfulle behandling, at brukernes trives og er stort sett fornøyd med tilbudet sykehjemmet generelt gir.

Tabellen viser hvordan pårørende opplevde kvaliteten på utvalgte tjenester (kategorien Resultat for brukerne), sammenlignet med landsgjennomsnittet

Hvor fornøyd er du med:

	Gjennomsnitt	Nøtterøy
Måltidene?	3,4	3,2
Maten han/hun får?	3,4	3,3
Hjelpen til personlig hygiene?	3,3	3,3
Muligheten til selv å gjøre dagligdagse gjøremål?	2,4	1,6
Aktivitetstilbudet på sykehjemmet?	2,3	1,9
Den medisinske behandlingen han/hun får?	3,2	3,1
Muligheten for å komme ut og få andre opplevelser / turer?	2,0	1,7
Muligheten for privatliv/være alene?	3,3	3,4
Muligheten for å komme til tannlege?	3,0	3,0

Pårørende er mest fornøyd med beboerens mulighet for privatliv, maten/måltidene og grunnleggende stell som ivaretagelse av personlig hygiene.

Pårørende er minst fornøyd med muligheten for beboeren til selv å gjøre dagligdagse gjøremål, mulighet for å komme ut og aktivitetstilbudet.

4.2.2 Tjenesteyters opplevelse av kvalitet

Gjennom intervjuer med leder, mellomledere og ansatte i sykehjemmene har vi innhentet tjenesteyters syn på kvaliteten i tjenestetilbudet.

Tabellen oppsummerer hvordan tjenesteyter opplever kvaliteten på utvalgte tjenester:

Grunnleggende behov	Dekkes	Forbedringspotensial
Variert kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat	X	
Dekket sosiale behov		X
Følge normal livs - og døgnrytme/ unngå uønskede sengeopphold	X	X
Brukere skal få ivaretatt personlig hygiene	X	X

Som årsak til at grunnleggende behov ikke dekkes i tilstrekkelig grad, opplyser respondentene at dette kan skyldes:

- For lite bemanning.
- Ikke er sammenheng mellom bemanning og pasientenes behov.
- Lavere bemanning på kveld og i helg, enn på dag.

Nedenfor er tatt inn ytterligere kommentarer fra respondentene.

Behov for variert kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat.

Gipø bo- og behandlingssenter

- Middag serveres til forskjellige tider ut fra hva som passer for hver avdeling.
- 5 dager i uken kan beboerne velge mellom kjøtt og fiskerett.

Behov for å få dekket sosiale behov.

Bjønnesåsen bo – og behandlingssenter

- Forsøker å få til aktiviteter for eksempel bil, tur, kino og bruk av hagen.
- Forsøker å involvere pasientene i daglige oppgaver som hugging av ved, bretteing av tøy, rake løv, luke blomsterbed osv. Små boenheter gjør at de ansatte og beboerne får god kontakt – ”som en familie”.
- Det er ikke alltid de har tid til å aktivisere pasienter slik de ønsker.

Gipø bo- og behandlingssenter

- Eksempel på kvalitetskrav som ikke oppfylles er sosial samvær.
- Tur ut av sykehjemmet. 10 pasienter kan tas ut hver dag, det er den kapasiteten sykehjemmet har.
- Det blir for liten tid til å ta pasientene med ut.

Behov for å følge normal livs - og døgnrytme/ unngå uønskede sengeopphold.

Gipø bo- og behandlingssenter

- Forsøket å tilpasse legging til ønske.
- Pasienten får valg om å legge seg før halv ti eller etter halv elleve.
- På en avdeling har de en noe yngre pasient som liker å være opp lengre, der har de endret tiden for en vakt for å kunne tilpasse ønsket leggetid.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter

- Pasientene får sove så lenge de vil og at de får mat når de ønsker det til tross for at måltid i hovedsak serveres til faste tider.
- I helgene hender at pasienter ikke blir tatt opp før klokken tolv på formiddagen pga for lite personell.

Behov for å få ivaretatt personlig hygiene.

Gipø bo- og behandlingssenter

- Det hender at tiden ikke strekker til slik at enkelte pasienter ikke får dusje
- Dusj ut over primærbehov gis ikke alltid. Det vil si at pasient kun får dusje 1 gang per uke.

Vår vurdering:

Tjenesteyteren opplever at det er største forbedringspotensial i forhold til å dekke behovet for sosialt samvær; herunder aktivisering av brukerne.

Grunnleggende stell som å få ivareta personlig hygiene dekkes, men ikke utover primærbehovet. Det er et forbedringspotensial i forhold til hvor ofte pasientene får dusje.

Tjenesteyter opplever at pasientene normalt får følge en døgnrytme med leggetider som de selv ønsker. Men også her kan tjenestene bli bedre. Uønsket sengeopphold kan være vanskelig å unngå i helgen, da bemanningen er lavere.

Mattilbudet oppleves å ha bra kvalitet.

4.3 Kvalitet – etterlevelse av internkontrollforskriften

4.3.1 Tilgang til aktuelle lover og forskrifter

Respondenter har i intervju uttrykt at det er vanskelig å finne fram blant lover og forskrifter som ligger på Intranettet.

Kommunen tok i mai 2009 i bruk et nytt (Kvalitetslosen) som bl.a. inneholder en oversikt over lover og forskrifter som gjelder for pleie- og omsorgstjenestene som gis i sykehjemmene.

Ledere har fått opplæring i Kvalitetslosen. Det varierer om ansatte har fått opplæring og hvordan opplæring gjennomføres.

Kommunen skal i henhold til internkontrollforskriften sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for sykehjemmenes virksomhet. Tilgangen skal sikres for hele virksomheten.

Ved innføring av Kvalitetslosen i 2009 tok kommunen i bruk et system som gir en sammenstilling av lover som gjelder for det enkelte tjenestested, herunder sykehjemmene.

Vår vurdering:

Dette innebærer etter vår vurdering at kommunen har et system som sikrer sykehjemmene tilgang til lover og forskrifter i tilstrekkelig grad.

Fakta indikerer at opplæring i systemene varierer, slik at kunnskap om bruk av systemet og evnen til å finne fram til gjeldende lover vil kunne variere. Manglende kunnskap om bruk av systemene kan svekke den tilgangen til lover og forskrifter som systemet er ment å gi ansatte i sykehjemmene.

4.3.2 Kunnskap hos ansatte om kvalitetsforskriften

Generelt

Nøtterøy kommune har kartlagt eksisterende kompetanse og kompetansebehov, og med det ”gapet” mellom disse. Kommunen ønsker å styre opplæringsmidler slik at dette ”gapet” blir dekket. Dette skjer ved at hvert tjenestested lager sine kompetanseplan og har ansvar for at hver enkelt har fått nødvendig informasjon om gjeldende regelverk, rutiner, prosedyrer osv.

Rådmannen opplyser at alle ansatte i sykehjemstjenesten har vært igjennom 3 dagers medarbeiderkurs hvor alle ble drillet i sektorens verdier og betydning av disse. Dette arbeidet videreføres nå ved at sektoren er med i et landsdekkende kompetansehevingskurs i etikk i regi av KS. Etter rådmannens mening arbeides det godt med kvalitetsutvikling i helse- og sosialsektoren.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter

Det gis opplæring fra kommunalt plan på det nye kvalitetslos systemet. Enhetslederne har vært på opplæring og det er opptil dem å gi opplæring videre.

Alle tar kurs i Gericas⁸ og grunnkurs/oppdatering medisin. Alle nyansatte får en perm hvor målene for virksomheten framgår. De mottar også en sjekklister hvor det skal krysses av for at de har gjort seg kjent på de ulike punktene; herunder;

- presentasjon av beboere
- daglige og ukentlige rutiner
- prosedyrer
- rapportering/dokumentasjon
- ansvarsvaktfunksjonen
- medisin håndtering

⁸ Elektronisk pasientjournalssystem tilpasset pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.

Respondenter i intervjuene gir uttrykk for at de kjenner kvalitetsforskriften og prosedyrene som er laget med utgangspunkt i forskriften, samt at forskrift og prosedyrer tidvis tas opp på møter.

Gipø bo- og behandlingssenter

Det er ikke gjennomført en systematisk opplæring i det nye kvalitetssystemet Kvalitetslosen. Man satser på at en kan hjelpe hverandre.

Det er utarbeidet en prosedyre som sier at man skal lese og forholde seg til kvalitetsforskriften. Men det er ikke jobbet for å gjøre kvalitetsforskriften kjent i organisasjonen.

I et nytt prosjekt ("Ordne i eget hus") vil sykehjemmet jobbe med kvalitetsforskriften og kommunens prosedyrer og hva det i praksis betyr i det daglige arbeidet ved Gipø. Et mål med prosjektet er å få fram til hva "respektfullt" egentlig betyr. Et grunnleggende behov for beboerne er å møte respektfull behandling.

Respondenter blant ansatte gir uttrykk for at de kjenner til kvalitetsforskriften, men ikke kjenner innholdet i forskriften eller kommunens prosedyrer for å etterleve forskriftens krav.

Østgård rehabilitering

Det er utarbeidet en egen opplæringsplan for Østgård for å sikre at alle kan bruke kvalitetslosen, hvor lover og prosedyrer er lagt inn.

Vår vurdering:

Kommunen skal i henhold til internkontrollforskriften blant annet sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap om kvalitetsforskriften. Det er vår vurdering at kvalitetsforskriften, og prosedyrene som skal sikre gjennomføring av forskriftens krav, i varierende grad er kjent blant ansatte:

- Ansatte som til daglige gir beboerne tjenestene er sentrale i å bidra til at beboerne får kvalitative gode tjenester.
- Manglende kjennskap til kravene i forskriften/prosedyrene hos ansatte kan medføre en risiko for at kvaliteten ved tjenesteytelsen ikke oppfyller kravene.
- Manglende kjennskap indikerer og at kommunen i enda større grad må arbeide for å sikre kunnskapen om kvalitetsforskriften og prosedyrene hos ansatte i sykehjemmene.

4.3.3 Bruk av erfaringer fra pasienter/pårørende for å forbedre tjenestene

Kommunen opplyser at det gjennomføres brukerundersøkelser jevnlig i kommunen – også med bruk av brukerfora/dialogkonferanse i etterkant hvor brukere og pårørende deltar for forbedringer av tjenestene. I tillegg er det praksis for inntakssamtaler med brukere/pårørende for å kartlegge individuelle behov og for å tilpasse tjenestetilbudet til disse så langt det går.

I 2004 og 2008 ble det gjort en brukerundersøkelse ved Gipø bo- og behandlingssenter. Det har etter det vi får opplyst, ikke vært brukerundersøkelser ved Østegaard.

En brukerundersøkelse rettet mot demente ble foretatt i tidsrommet i 2007/2008 på Gipø, Bjønnesåsen og hjemmetjenesten. Kommunen opplyser at undersøkelsen hadde som mål å

kartlegge om en ”normal” brukerundersøkelse gjennom intervjuer av demente med svaralternativ, kunne benyttes for å kartlegge kvalitet på demensomsorgen.

Etter undersøkelsen ved Gipø bo – og behandlingssenter ble det utarbeidet tiltak som skulle gjennomføres for å forbedre tjenestene. Som følge av undersøkelsen har man bl.a. ved Gipø har innført en ny rutine med å lage oversikt over hva som skjer av aktiviteter, som henges opp på avdelingen, slik at pårørende og beboere kan følge med.

Mellomledere ved Gipø opplever at brukerundersøkelsen så langt har ikke vært benyttet som input i en kvalitetsforbedring. De opplever at det litt tilfeldig hvorvidt brukerundersøkelsen benyttes.

Vår vurdering

Internkontrollforskriften stiller krav om at sykehjemmene må innhente og gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/pårørende for å forbedre sine tjenester. Etter vår vurdering er det positivt at kommunen gjennomfører jevnelige brukerundersøkelser, som en av flere alternative måter å innhente erfaringer fra tjenestemottakerne på, til forbedring av tjenestene. Ikke alle institusjoner har gjennomført brukerundersøkelser.

Fakta indikerer imidlertid at det er noe delte oppfatninger om brukerundersøkelsene følges opp på en god nok måte.

Etter vår vurdering i viser fakta imidlertid at kommunen henter inn erfaringer fra brukere/pårørende med siktemål å bruke disse for å bedre tjenestetilbudet.

4.3.4 Avvikssystem

Generelt

Kommunen har hatt et elektronisk avvikssystem siden mai 2009. Det er prosedyrer for avviksarbeidet, ansvarsfordeling og hvordan avvik defineres.

Helse og sosialsektoren har 358 meldte avvik for perioden mai – desember 2009. 289 av disse avvikene er avvik på kvalitet på tjenester til pasientene. Dette utgjør 80,7 % av alle avvikene.

Rutine for avvik:

- Avvik skal lukkes på lavest mulig nivå.
- Avvik som ikke lukkes ved sykehjemmene tas opp i kvalitetsutvalget.
- Lederne på tjenestestedene deltar i kvalitetsutvalget og har ansvar for å videreformidle beslutninger i kvalitetsutvalget på sine områder.
- Avvik meldes elektronisk.
- Tilbakemeldinger gis til avviksmelder.
- Lederen har frist på 7 dager med å gi slik tilbakemelding.

Kommunen opplyser at det jobbes mye med avvik; forståelse av hva avvik er, både i tjenestene og i kvalitetsutvalget, og bruken av avvikene i forbedringsarbeidet.

Rådmannen opplyser at kvalitetsutvalg på kommunaldirektørnivå, interne revisjoner på systemnivå og eksterne revisjoner er med på å avdekke svakheter, avvik og feil, samt å forbedre tjenestene.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter

Respondenter i intervjuer opplyser:

- Det rapporteres forholdsvis mange avvik ved brudd på kvalitetsforskriften.
- Det er åpenhet rundt avvik.
- Det skrives ikke avvik i alle tilfeller der pasienter ikke blir tilbudt det de skulle..
- Avvik som er meldt inn gjelder i hovedsak utagerende atferd hos pasientene.
- Har aldri fått noen tilbakemelding på meldte avvik.
- Det er kultur for å snakke om hva man har gjort feil og hva man kan gjøre bedre.

Gipø bo- og behandlingssenter

Respondenter i intervjuer opplyser:

- Avvik har i hovedsak vært knyttet til feil medisinerings (feil i dosetter), i ett tilfelle gjaldt det manglende utstyr (kluter og nattskjorter).
- Avvik i medisneringen kan oppstå på grunn av få sykepleiere på jobb og dårlig kommunikasjon.
- Tror det kan være en del underrapportering på avvik.
- Avviksmeldinger er lite brukt, men når de skrives, følges prosedyrene fullt ut – og tilbakemeldinger gis.
- Avviksmeldinger gis i forhold til konkrete forhold.

Østegaard rehabilitering

Enhetsleder opplyser:

- Anslår at det kommer ca 1 avvik i måneden.
- Avviksrapportering kunne de vært bedre på.
- Avvikene gjelder i hovedsak medisiner, manglende låsing av dører og utagerende pasienter.

Vår vurdering

Internkontrollforskriften stiller krav om at kommunen skal ha et system for å avdekke og rettet opp avvik. Etter vår vurdering viser fakta at kommunen har et system for å registrere avvik og for å følge opp avvikene ved sykehjemmene.

Samtidig er det vår vurdering at avvik ikke alltid meldes/dokumenteres slik de skal iht. rutinen. Dette kan svekke muligheten til å avdekke avvik fra kvalitetskrav og dermed også muligheten til å rett opp avvikene. Manglende avviksrapportering øker slik risikoen for at pasienter ikke får tjenester de skal ha.

4.4 Kapasitet – oppfyllelse av tiltakene i helse- og sosialplanen 2005- 2015 og helse – og omsorgsplanen 2008-2012

4.4.1 Gjennomføring av tiltak i helse- og sosialplanen for 2005-2015 og helse- og omsorgsplanen for 2008-2012

I tabellen nedenfor har vi gjennomført en kartlegging av hvilke av tiltakene som er gjennomført eller gjenstår:

Nr	Tiltak i helse- og sosialplanen 2005-2015	Gjennomført	Gjenstår
1	Bygge to nye sentra for heldøgnsomsorg med hovedvekt på eldre, men tilpasset mennesker i alle aldre som trenger et heldøgns omsorg.		X
2	Et av sentrene utvikles med rehabiliteringsenhet og korttidsplasser, samt bogrunder for langtidsomsorg.		X
3	Det andre senteret bygges med bogrunder for langtidsomsorg.		X
4	Andelen korttidsplasser og rehabiliteringsplasser økes til minimum 30 % når det nye senteret står klart.		X
5	Det opprettes 1-2 trygghetsplasser ved Gipø bo- og behandlingssenter.	X	
6	Det opprettes to plasser for lindrende behandling ved Østegaard.	X	
7	Det vurderes mulighetene for å opprette en egen avdeling for personer med demens og utagerende atferd ved Bjønnesåsen.	X	
8	Dobbeltrommet på Gipø fjernes ved å øke kapasiteten på Østgård med ett enkeltrom.	X	

I kommunestyrevedtak i sak 34/09 vedtok kommunen å bygge ett nytt sykehjem, med plasser til rehabilitering -, korttids -, rullering - og avlastningsopphold, til sammen 80 plasser.

I kommunestyrevedtak i sak 65/09 vedtok kommunen å bygge et nytt sykehjem til, ved Bjønnesåsen. Dette skal være tilrettelagt for personer med demens, og dermed langtidsomsorg. Av de 78 plassene kan 16-20 plasser bygges som små ettroms leiligheter som kan benyttes fleksibelt enten som omsorgsboliger med bistand fra hjemmesykepleien eller som sykehjemsplasser med fast bemanning. Begge sykehjem skal være ferdig til innflytting i 2013.

Rådmannen opplyser at hovedutfordringen for kommunen er å begrense bruken av plasser til det antall som brukerne/tjenestekontoret mener det er behov for. Kommunen bruker heller flere plasser enn det kommunestyret har vedtatt, enn færre; ved kjøp av plasser i andre kommuner, betaling for liggedøgn på sykehus og ekstra døgnbemannede plasser.

Kostnadene til kommunens kjøp av sykehjemsplasser har i perioden 2007- 2009 utviklet seg slik i regnskapet⁹:

År	Kostnad kr.
2007	4 309 695,-
2008	1 586 392,-

Kostnaden til kommunens kjøp av sykehjemsplasser utenfor kommunen har i perioden 2007-2008 gått ned. Foreløpige¹⁰ tall fra regnskapet for 2009 viser en kostnad på kr. 362 750 for kjøp av sykehjemsplasser. Kommunen opplyser at nedgangen skyldes at det i 1. halvår ble åpnet en skjermet enhet for personer med sterkt utagerende adferd, og at det dermed ikke lenger ble behov for å kjøpe plasser i spesielt tilrettede sykehjem. Dette reduserte behovet for å kjøpe plasser.

Kommunen har pr. oktober 2009 158 sykehjemsplasser. Med to nye sykehjem i kommunen vil kunne øke antall sykehjemsplasser i kommunen til inntil totalt 180 plasser innen 2013, avhengig av hvordan de nye plassene brukes.

Sykehjemsdekning i 2009 var i 2009 15,1 % i aldersgruppen 80 år og eldre¹¹. Befolkningsframskrivingen viser at antall eldre over 80 år vil øke¹². I 2015 vil den planlagte økning til 180 plasser ved full utnyttelse til sykehjemsformål gi en sykehjemsdekning på estimerte 16,9 %

Nedenfor er tatt inn KOSTRA tall for Nøtterøy kommune som viser utviklingen i perioden 2006-2008 i sykehjem i kommunen, herunder kapasitetsutvikling/behovsdekning for ulike typer av sykehjemsplasser.

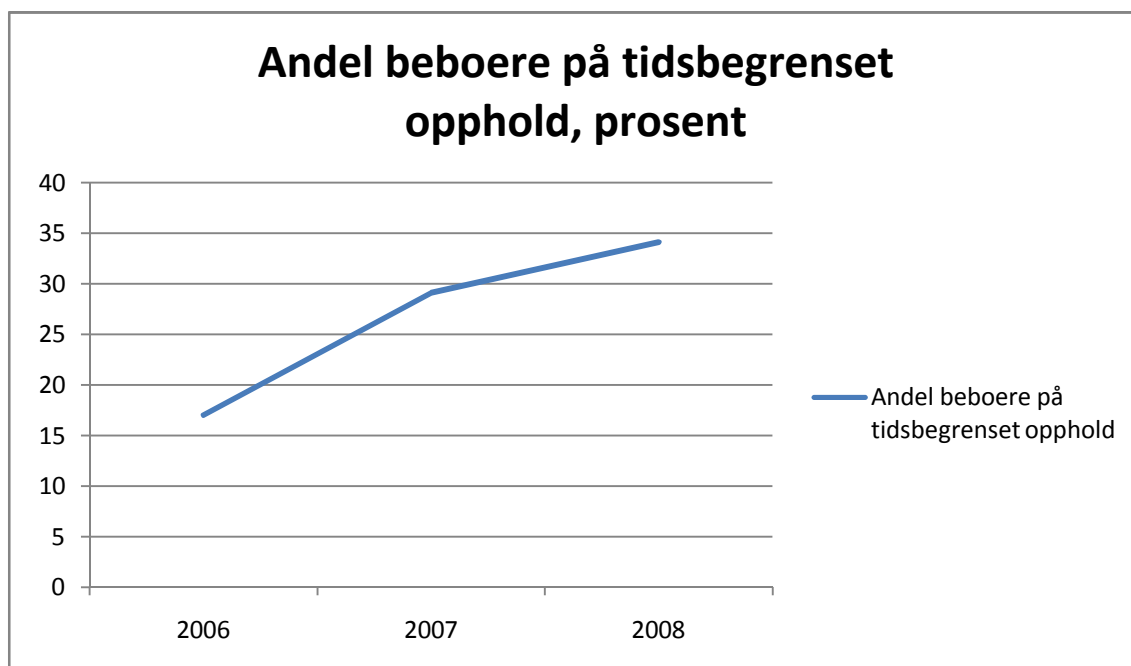
Figurene nedenfor viser utviklingen i kommunens kapasitet til å dekke behov for ulike typer av sykehjemsplasser; korttids plasser, plasser i skjermet enhet for demente mv. i perioden 2006-2008:

⁹ Kilde: Økonomikontoret i Nøtterøy kommune

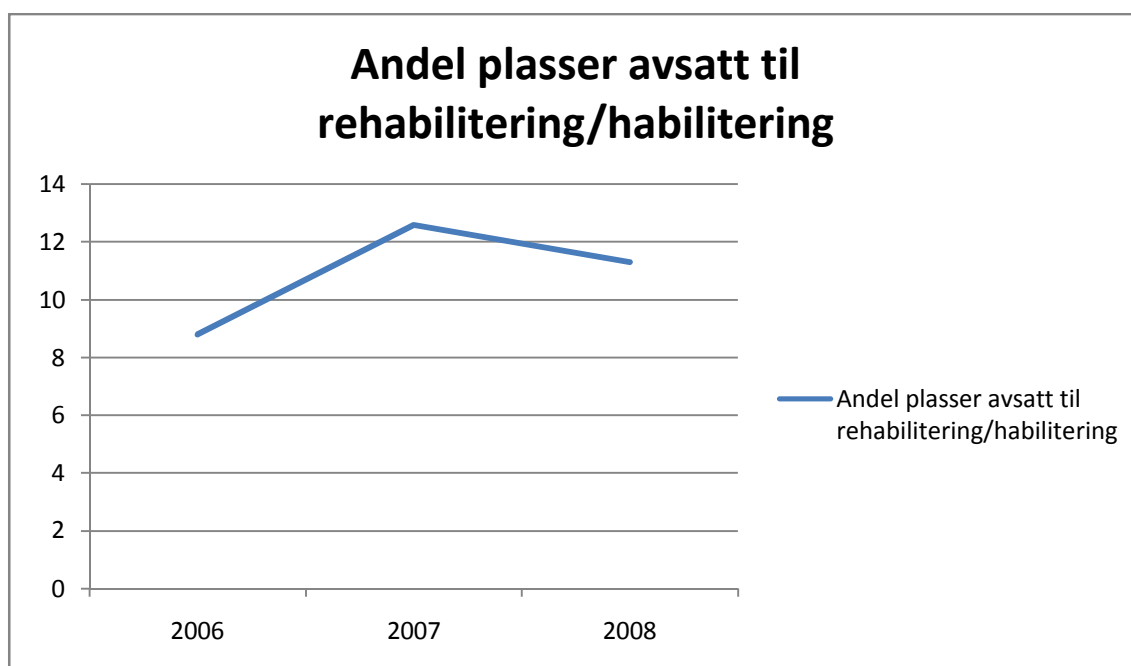
¹⁰ Regnskapet for 2009 er foreløpig i den forstand at det ikke er endelig godkjent.

¹¹ Kilde: SSB

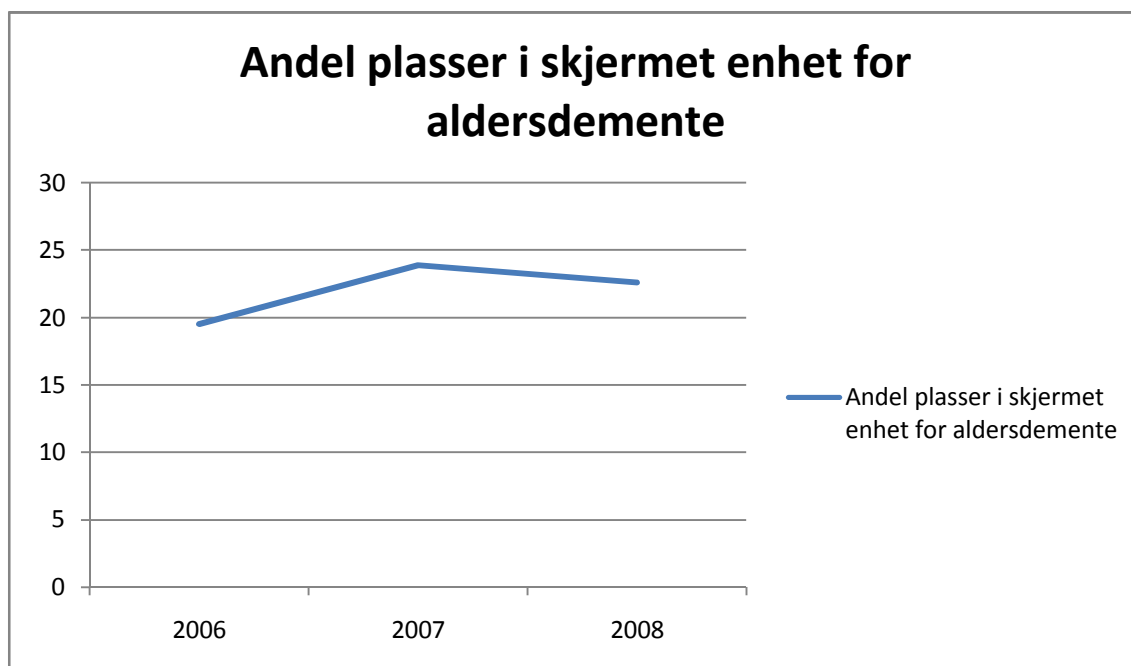
¹² Kilde: SSB Befolkningsframskriving for Nøtterøy kommune, alle over 80 år, medium befolkningsvekst.



I perioden 2006- 2008 har antallet heldøgnsbeboere som er skrevet inn på korttidsopphold i prosent av alle heldøgnsbeboere økt fra 17 % til 34,1 % i kommunen. Tall pr.31.12.



I perioden 2006- 2008 har andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering økt fra 8,8% til 11,3% mål i forhold til alle institusjonsplasser i kommunen i alt (både private og kommunale). Tall pr.31.12.



I perioden 2006- 2008 har andelen plasser i skjermet enhet økt fra 19,5% til 22,6% målt i forhold til alle institusjonsplasser i kommunen. Tall pr.31.12.

Kommunen opplyser at det i perioden 2007- 2008 har vært en økning i antall mottakere av hjemmetjenester gått opp med 12 %. I samme periode økte antall eldre i aldersgruppen 67-79 år (fra 1994 til 2011) og i aldersgruppen over 80 år (fra 1005 til 1029).

Vår vurdering

Kommunen har gjennomført flere av tiltakene i helse – og sosialplanen 2005-2015. Dette gjelder tiltakene:

- Oppretting av to trygghetsplasser, en ved Gipø og en ved Bønnestoppen
- Oppretting av to plasser for lindrende behandling ved Østgård
- Etablering av forsterket skjermet enhet for personer med demens og utagerende adferd.
- Fjerning av dobbeltrommene ved Gipø og Bjønnesåsen.

KOSTRA tallene viser at kommunen i perioden 2006-2008 har økt sin kapasitet i forhold til å tilby:

- Rehabilitering/habiliteringsopphold i kommunen.
- Plass i skjermet enhet for demente i kommunen.
- Flere beboere enn før som får heldøgnsopphold i kommunen får tidsbegrenset opphold.

Denne kapasitetsøkningen må etter vår vurdering ses i sammenheng med de tiltak som kommunen har gjennomført i medhold av helse- og sosialplanen. Kapasitetsøkningen har også medført mindre behov for å kjøpe sykehjemsplasser.

Det har fra 2007 til 2008 vært en økning i mottakere av hjemmetjenester i kommunen. I årene framover vil antall eldre øke. Den planlagte kapasitetsøkningen innen korttidspasser på

sykehjemmene til 30 % vil kunne imøtekomme et fremtidig økende behov for korttidsopphold på sykehjem for brukere av hjemmetjenester.

Tiltak i helse – og omsorgsplanen 2008-2012 det gjenstår å gjennomføre:

- Øke andelen korttidsplasser til 30 %.
- Bygge to nye sykehjem.

Med den vedtatte sykehjemsutbyggingen vil kommunen i 2015 ha økt sykehjemsdekningen i kommunen for aldersgruppen 80 år og over fra 15,1 % i 2009 til estimerte 16,9 % i 2015, forutsatt at alle plassene brukes til sykehjemsformål.

5 Rådmannens uttalelse

5.1 Uttalelsen fra rådmannen



Nøtterøy kommune
Rådmannen

Saksbeh.: Kurt Orre
Dir. tlf.: 33402006
Vår ref.:
Arkiv:
Deres ref.:
Dato: 9. februar 2010

Merknader til forvaltningsrevisjonsrapport 2010 nr 2 om "Kapasitet og kvalitet i sykehjemmene i Nøtterøy kommune" mottatt 5.februar 2010

Fra rådmannen

Generelt:

Etter at administrasjonen la ned mye arbeid i å kommentere rapportutkast nr. 1 fra KPMG, får vi en ny rapport med helt nye vinklinger og innhold med krav om nye kommentarer. Etter at KPMG har hatt mer enn et halvt år på å utarbeide rapporten, mottar rådmannen det nye utkastet fredag 5. februar med krav om å levere sine

kommentarer innen onsdag 10. februar. Også den siste rapporten inneholder en rekke utsagn som er temmelig generelle og dermed vanskelig å kommentere.

Generelt har Nøtterøy kommune forbedringspotensiale når det gjelder kvalitetssikring i likhet med de aller fleste kommuner. Om det er større avvik i vår kommune enn i andre kommuner er ikke dokumentert. Det er viktig å se våre resultater spesielt når det gjelder Gipø, i lys av at dette er et svært stort sykehjem i norsk målestokk og at bygningen ikke tilfredsstillende dagens krav. Disse forhold er kommunestyret godt kjent med, og har vært et viktig grunnlag for beslutningene om å bygge to nye sykehjem.

Konklusjonene som baseres på intervjuene, kan vanskelig generaliseres, men gir en forståelse for hvordan intervjupersonene opplevde situasjonen da de ble intervjuet. KPMG har gjennomført 13 samtaler, det står ikke med hvor mange personer. Konklusjonene ift etterlevelse av forskrifter og prosedyrer vil etter min mening være beheftet med en del usikkerhet særlig for Gipø med rundt 200 ansatte.

Kvalitetsloven ble innført omtrent samtidig med at KPMG gjennomførte sine intervjuer. Siden da er det på Gipø gjennomført over 12 internopplæringer i loven.

Den nye rapporten tar utgangspunkt i en foreldet helse og sosialplan.

Den nye rapporten fra KPMG har tatt utgangspunkt i helse- og sosialplanen fra 2005. Denne planen ble erstattet med Helse og omsorgsplanen for 2008-2012.

Kommunestyret behandlet 8. 12. 2004 en sak med tittel "Omsorgsplan 2004-2015."

Vedtaket var flg.:

1. Planen tas til etterretning
2. Det fremmes ny sak våren 2005 om finansiering av forstudie for vurdering av bygging av to nye sykehjem i forhold til modernisering av Gipø bo og behandlingssenter til dagens nivå, jfr. planens to alternativer.

I sak 46/05 ble kommunenes utbyggingsstrategi behandlet (juni 2005) og det ble gjort flg. vedtak:

1. Det gjennomføres et vedlikeholdsprosjekt ved Gipø sykehjem med sikte på at bygningen skal ha en tilfredsstillende standard i 5-8 år. Det forutsettes at kommunestyret får deg forelagt en egen sak før arbeidet igangsettes.
2. Det skal arbeides videre med bygging av et nytt sykehjem lokalisert til kommunenes eiendom vest for Sjølyst. Det forutsettes at det i tilknytning til forprosjektet for dette sykehjemmet fremlegges en plan for den videre utvikling av heldøgns behandling og omsorg.
3. Det skal i forbindelse med arbeidet med kommuneplanen vurderes avsatt arealer for videre utbygging.

Helse- og omsorgsplanen 2005-2015 ble behandlet av kommunestyret i desember 2005.- Saken ble tatt til etterretning.

Helse- og omsorgsplan for Nøtterøy kommune 2008-2012 ble ikke behandlet av kommunestyret. Den ble behandlet av formannskapet 11/6 2008 som tok rådmannens forslag til plan til etterretning.

Den første saken kommunestyret behandlet der bygging av nye sykehjem kom inn i vedtakene, var i sak 51/08 "Investerings- og rehabiliteringsplan 2009-2017" 18. juni 2008. I pkt 2 vedtok kommunestyret:

Det startes planlegging av to nye sykehjem som skal erstatte Gipø og Østegård med sikte på oppstart i 2013. I den videre planleggingsfase skal det tas høyde for at antall sykehjemsplasser kan økes til 180, hvis de økonomiske forutsetninger er til stede.

Kommunestyret vedtok dimensjoneringen av de to nye sykehjemmene i egne saker i 2009. I disse sakene ble behov for plasser, kostnader og finansiering vurdert i et helhetlig perspektiv.

Sakene som KPMG har tatt utgangspunkt i, har kommunestyret/formannskapet tatt til etterretning. Slik rådmannen oppfatter det, må disse to dokumentene heller sees på som stadier i en politisk utviklingsprosess enn konkrete handlingsplaner. De bindende vedtakene kom i 2008 og 2009.

Det er ikke helt riktig slik det står i rapporten at sykehjemsdekningen vil øke når de to nye sykehjemmene er ferdige. Kommunestyret har bestemt at det skal bygges 78 plasser i det nye sykehjemmet ved Bjønnesåsen. 20 av disse plassene vil bli tatt i bruk som sykehjemsplasser hvis kommunen har råd til det i 2013. Hvis ikke, vil disse plassene bli tatt i bruk som omsorgsboliger uten dedikert bemanning. I så fall vil sykehjemsdekningen gå ned, og ikke opp slik KPMG skriver. Dette går tydelig frem av kommunestyresak KS 65/09 om nytt sykehjem ved Bjønnes.

- 1. Det bygges et nytt sykehjem med 78 nye plasser på tomten ved Bjønnesåsen.*
- 2. 16-20 av disse plassene kan bygges som små ettroms leiligheter som kan benyttes fleksibelt enten som omsorgsboliger med bistand fra hjemmesykepleien eller som sykehjemsplasser med fast bemanning. Formannskapet får fullmakt til å endre forholdet mellom sykehjemsplasser og omsorgsboliger dersom premissene for dimensjoneringen av det nye sykehjemmet endres.*

Kap 4.1.2. Etterlevelse av prosedyrer

I første setning står det at det er meldt 350 avvik hvorav 80 % gjaldt avvik fra kvalitet i tjenestene. Vi har vært ved innføring av kvalitetslosen oppfordret og motivert ansatte til å melde avvik, vi anser det derfor som positivt at vi har lyktes med det. Dette er avvik i alle kategorier- mindre ting som er til plunder og heft i hverdagen til mer alvorlige avvik. Avviksmeldingene har medført tiltak som har bidratt til å bedre tjenestene våre.

Talldelen

På side 24 står det at kommunen har kjøpt sykehjemsplasser i 2007 og 2008 for henholdsvis 4,31 og 2,58 mill kroner. Det står videre at det i 2009 ble kostnad på 362.750 kr. Denne store endringen skyldes at man i 1. halvår 2008 åpnet en skjermet enhet for 4 personer med sterk utagerende atferd. Det ble dermed ikke lenger behov for å kjøpe plasser i spesielt tilrettelagte sykehjem, dette har kraftig redusert behovet for å kjøpe plasser.

Opplysningen om nedgang i antall brukere av hjemmetjenesten fra 2007 til 2008 er feil, det var en økning på 12 % .

Rapporten viser til på side 7 Kostratall som viser en nedgang i brukere av hjemmetjenesten. Dette er dessverre misvisende. Jeg antar at årsaken til at det ser slik ut på Kostra tallene fra 2007 til 2008 er at den ikke fanger opp organisasjonsendringer i denne perioden. Disse endringene og konsekvenser på tallene er kommentert i årsberetningen for 2008:

Tabell fra Nøtterøy kommunes årsberetning 2008:

Nøkkeltall for hjemmetjenesten	2005	2006	2007	2008	Kommentarer
Brukere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp	597	659	684	613*	*For antall brukere i 2008, er brukere i miljøarbeidertjenesten og i LAR trukket fra
Trygghetsalarmer	219	219	287	290	Tak på alarmer er 300

Det er trukket ut totalt 93 personer av hjemmetjenesten fordi de etter en omorganisering får tjenester henholdsvis fra miljøarbeidertjenesten (65 personer) og i legemiddelassistert rehabilitering LAR (28 personer).

Dersom disse fortsatt var organisert i hjemmetjenesten ville det totale antallet brukere i hjemmetjenesten vært 706 personer, med andre ord en økning på 12 %.

Kostra tallene fanger ikke alltid opp denne type endringer.

Brukerundersøkelsen

KPMG - rapporten bruker mye plass på å gjengi resultatene fra brukerundersøkelsene. Resultatene av brukerundersøkelsen ble fremlagt for kommunens politiske ledelse i vårhalvåret 2009 og må forutsettes kjent.

Befolkningsutviklingen

Rapporten viser til en nedgang i andelen eldre 67-79 år i perioden 2007-2008 og en økning i andelen eldre over 80 år. Det vanlige er å vurdere behovet for omsorgstjenester for eldre i forhold til antallet eldre over 80 år. I oppsummeringen på de første sidene hevdes det at antallet eldre har gått ned fra 2007 til 2008. Dette er feil. Antall eldre mellom 67-79 økte fra 1994 til 2011 og antall eldre over 80 år økte fra 1005 til 1029.

5.2 Revisjonens kommentar

Revisjonen har foretatt følgende endringer i rapporten etter uttalelsen fra rådmannen:

1. Antall personer som er intervjuet

I den vedlagte beskrivelsen av metoden som har vært benyttet, gjøres det rede for hvilke intervjuer som har vært foretatt. På s. 32 flg. er det nå presisert hvor mange personer som deltok på intervjuene som KPMG gjennomførte.

2. Bruk av plandokumenter i forvaltningsrevisjonen

For å besvare problemstilling nr. 4 og spørsmålet om kommunen har tilstrekkelig kapasitet i sykehjemmene i samsvar med vedtak i kommunen, så har det vært hensiktsmessig og dekkende å ta utgangspunkt i planverket for helse- og omsorgssektoren og de konkrete tiltakene som er planlagt gjennomført for å bedre/endre kapasiteten i sykehjemssektoren i kommunen. Planene med tiltakene er lagt fram for kommunestyret/formannskap og forankret der.

Vi har i vår rapport tatt utgangspunkt i tiltakene i helse- og sosialplanen for 2005-2015. Enkelte av tiltakene i denne planen videreføres i den nye rullerte helse- og omsorgsplanen for 2008-2012. Det skulle i vår rapport således også ha vært vist til helse- og omsorgsplanen for 2008-2012, og ikke bare helse- og sosialplanen for 2005-2015. Vi har derfor gjort følgende korrigeringer:

- a) På s. 9 i første underspørsmål til problemstilling nr. 4, er det gjort en endring slik at det nå går klart fram at både tiltakene i helse- og sosialplanen for 2005-2015 og helse- og omsorgsplanen for 2008-2012 etterprøves.
- b) På s. 37 er helse- og omsorgsplanen for 2008-2012 og tiltakene rettet mot kapasiteten i sykehjemssektoren tatt inn som revisjonskriteria.
- c) I overskriftene til kapittel 4.4. og 4.4.1 er det tatt inn en henvisning til helse- og omsorgsplanen for 2008-2012, slik at det går klart fram at også tiltakene i denne planen behandles i disse kapitelene.
- d) På s. 27 er det i vår vurdering tilsvarende vist til helse- og omsorgsplanen 2008-2012.
- e) I hovedbudskapet og vår konklusjon på problemstilling 4 er det tatt inn en henvisning til helse – og omsorgsplanen for 2008-2015, samt presisert at kommunen arbeider videre med å bedre kapasitetsutnyttelsen i sykehjemmene i forhold til tiltakene listet i helse – og omsorgsplanen for 2008-2012.

3. Kjøp av sykehjemsplasser

Rådmannens forklaring på nedgangen i kostnader til kjøp av sykehjemsplasser er tatt inn i rapportens faktadel på s. 24. Vurderingen på s. 26 er korrigert tilsvarende.

4. Antall brukere av hjemmetjenester og befolkningsutvikling

Rådmannens opplysninger om utviklingen i antall brukere av hjemmetjenesten og utviklingen i befolkningen i aldersgruppene 67-79 år og aldersgruppen 80 år og over, er tatt inn i rapportens faktadel på s. 26. KOSTRA tall som viser utviklingen i mottakere av hjemmetjenester er tatt ut.

Vår vurdering på s. 26 og vår konklusjon på problemstilling nr. 5 i hovedbudskapet er justert i tråd med disse endringene i fakta.

Vedlegg

Dette vedlegget inneholder:

1. Metode
2. Revisjonskriterier

Metode

Følgende teknikker er brukt for å samle inn data:

Intervju

Det har vært gjennomført til sammen 13 semistrukturerte samtaler. Intervjuene er gjennomført i mai og september 2009.

På sykehjemmene Bjønnesåsen, Gipø og Østgaard har det vært gjennomført intervjuer med ledere/konstituerte leder og mellomledere, samt med utvalgte ansatte ved Gipø og Bjønnesåsen sykehjem.

Det har i tillegg vært gjennomført intervjuer med en kvalitetsrådgiver og en planlegger for helse- og sosialsektoren, lederen for tjenestekontoret og lederen for Eldrerådet i kommunen.

Utvalg av personer for samtale har vært basert på informasjonsverdi, personene sin erfaring og nærhet til, samt formelt ansvar i forhold til rapporten sine formål og problemstillinger.

Referatene fra følgende intervjuene er verifisert, dvs. at referatet er sendt respondenten for gjennomlesning og eventuell korrektur:

- Fungerende enhetsleder Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter
- Fungerende enhetsleder Gipø bo- og behandlingssenter
- Enhetsleder Østgård rehabilitering
- Leder ved tjenestekontoret
- Planlegger for helse- og sosialsektoren
- Fire gruppeledere ved avdeling 1-4 og undervisningsleder ved Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter

I rapportens faktadel (kapittel 4) er det noen steder brukt informasjon fra referater som ikke er verifisert av respondentene. Referater fra følgende intervjuene er ikke verifisert:

- Kvalitetsrådgiver for helse- og sosialsektoren

- Avdelingsledere/gruppesykepleiere ved Gipø bo- og behandlingssenter
- Fire ansatte ved Gipø bo- og behandlingssenter, fra fire avdelinger
- Tre hjelpepleiere ved Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter, fra bogruppene 1,2 og 3
- En arbeidsgruppeleder ved Østgård rehabilitering

Dokumentanalyse

I rapporten er det brukt informasjon fra følgende dokumenter:

- Helse – og sosialplan for Nøtterøy kommune 2005-2015, Nøtterøy kommune
- Helse – og omsorgsplanen for Nøtterøy kommune 2008- 2012, Nøtterøy kommune
- Kommunestyrevedtak i sak om sykehjemsutbygging, sak 34/09
- Kommunestyrevedtak i sak sykehjem for personer med demens, sak 65/09
- Resultat av brukerundersøkelser rettet mot beboere ved Gipø sykehjem, Nøtterøy kommune 2008
- Resultat av brukerundersøkelser rettet mot pårørende til beboere ved Gipø sykehjem, Nøtterøy kommune 2008
- Resultat av brukerundersøkelse i Nøtterøy kommune 2008, www.bedrekommune.no
- Kommunens kvalitetsstrategi, Nøtterøy kommune

Dokumenter som brukes er det fortløpende gitt referanse til i rapporten.

Analyse av KOSTRA tall

Tall som viser dekningsgrader (behovsdekning) i sykehjem og hjemmetjeneste er innhentet og analysert for Nøtterøy kommune.

Svar på skriftlige spørsmål

Det er innhentet svar på skriftlige spørsmål til kommunens kvalitetsrådgiver for helse- og sosialsektoren. Det er også innhentet regnskapstall fra økonomikontoret.

Avgrensing

I samsvar med prosjektplanen er forvaltningsrevisjonen avgrenset mot:

- Omsorgboliger ved Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter.
- Dagsenter for hjemmeboende og aktivitetsavdeling for Gipøs pasienter.
- Tilleggstjenester som vaskeri og sjåførtjenester, sentralkjøkkentjenester, fysioterapi og ergoterapitjeneste, sykehjemslege, frisør og fotpleier ved Gipø bo- og behandlingssenter.
- Eventuelle kjøp av øvrige sykehjemsplasser.

Datainnsamling ble avsluttet 29.1.2010.

Rapporten er sendt rådmannen til uttalelse.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunen blir revidert i forhold til.

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonskriterier vert utledet av kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten og Helse – og sosialplanen for Nøtterøy kommune 2005-2015.

Nedenfor utdypes og listes revisjonskriteriene:

Kvalitetsforskriften

Kvalitetsforskriften er hjemlet i forskrift av 27. Juni 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Kvalitetsforskrifta stiller krav til sykehjem om å ha system og prosedyrer for slik å sikre at pasientene får dekket sine behov for pleie- og omsorgstjenester.

Kvalitetsforskrifta § 3 *Oppgaver og innhold i tjenestene* lyder:

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

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

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

- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- *fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere*

sine behov

- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.”*

På bakgrunn av kvalitetsforskriften § 3 (1) er følgende revisjonskriterier utledet:

- Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikre at:
 - Den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for
 - Brukere av pleie- og omsorgstjenester medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet
 - Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenesten
 - Pårørende medvirkere ved utforming eller endring av tjenestetilbudet

På bakgrunn av kvalitetsforskriften § 3 (1) er følgende revisjonskriterier utledet:

- Kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov, herunder:
 - Brukere skal få variert kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat.
 - Brukere skal få dekket sosiale behov.
 - Brukere skal få følge en normal livs - og døgnrytme.
 - Brukere skal få unngå uønskede/unødvige sengeopphold.
 - Brukere skal få ivaretatt personlig hygiene.

Internkontrollforskriften

Internkontrollforskriften er hjemlet i forskrift av 20. Desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Internkontrollforskriften stiller i § 4 konkrete krav til innholdet i sykehjemmenes internkontroll.

Internkontrollforskriften § 4 *Innholdet i internkontrollen* lyder:

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

Internkontroll innebærer at den/ de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/ tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.”

På bakgrunn av internkontrollforskriften § 4 (2) bokstav er følgende revisjonskriterier utledet:

- Sykehjemmene i Nøtterøy kommune skal:
 - Sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.
 - Sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap om kvalitetsforskriften.
 - Gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten.
 - Ha rutiner eller lignende for å avdekke overtredelse av sosial- og helselovgivningen.
 - Ha rutiner eller lignende for å rett opp overtredelse av sosial- og helselovgivningen.

Helse – og sosialplanen for Nøtterøy kommune 2005-2015

Helse – og sosialplanen ble vedtatt av kommunestyret 21.12.2005 i sak 091/05.

I helse- og sosialplanen kapittel 7 Tiltak, listet hovedutfordringer som kommunen skal gjennomføre i planperioden for å sikre tilstrekkelig og kvalitetsmessig heldøgnsomsorg:

Følgende av tiltak som listes benyttes som revisjonskriterier:

- Kommunen skal:

- Bygge to nye sentra for heldøgnsomsorg med hovedvekt på eldre, men tilpasset mennesker i alle aldre som trenger et heldøgns omsorg.
- Et av sentrene utvikles med rehabiliteringsenhet og korttidsplasser, samt bogrupper for langtidsomsorg.
- Det andre senteret bygges med bogrupper for langtidsomsorg.
- Andelen korttidsplasser og rehabiliteringsplasser økes til minimum 30 % når det nye senteret står klart.
- Det opprettes 1-2 trygghetsplasser ved Gipø bo- og behandlingssenter.
- I det nye senteret lages det en egen enhet for lindrende behandling.
- Det vurderes mulighetene for å opprette en egen avdeling for personer med demens og utagerende atferd ved Bjønnesåsen.
- Dobbeltrommet på Gipø fjernes ved å øke kapasiteten på Østgård med ett enkeltrom.

Helse – og omsorgsplanen for Nøtterøy kommune 2008-2012

Helse – og omsorgsplanen ble behandlet av formannskapet 11/6 2008, og viderefører enkelte av tiltakene fra helse og sosialplanen for 2005-2015 rettet mot kapasitet i sykehjemssektoren for planperioden i kapittel 6 *Tiltak i planperioden knyttet opp til kommuneplanen.*

Følgende tiltak benyttes som revisjonskriterier:

- Kommunen skal:
 - Planlegge og bygge to nye sykehjem, herunder:
 - Et sykehjem for mennesker med demens
 - Ett helsehus med rehabiliteringsavdeling, dagsenter, korttidsplasser og lindrende enhet og bogruppe for heldøgnsomsorg.
 - Andelen korttidsplasser og rehabiliteringsplasser økes til minimum 30 % når det nye senteret står klart.