

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven

Veileder

IS-1201



Heftets tittel: Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Utgitt: 11/2004

Bestillingsnummer: IS-1201
ISBN 82-8081-054-4

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for kommunale velferdstjenester
Postadresse: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgt. 2, Oslo

Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hftet kan bestilles hos: Sosial - og helsedirektoratet
v/Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1201

Redaksjon: Steinar Bergh
Foto: Einar Aslaksen

Produksjon: www.kursiv.no

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

*Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*

Forord

Formålet med denne veilederen er å bidra til å styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Vi vektlegger den nære sammenhengen mellom kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften og forslag til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten fra Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet ønsker å understreke betydningen av at tiltak ses i sammenheng og integreres på tvers av virksomhetsområder. I denne sammenheng står tiltak for utvikling av kvalitet og kompetanse sentralt. Det samme gjør tiltak som bidrar til riktige prioriteringer i forhold til tilgjengelige ressurser.

Veilederen består av to deler. Kapitlene 1 - 3 utgjør den første delen. Her presenterer vi bakgrunnen for forskriften og de nye momentene som er kommet inn i forskriften fra 2003. Videre gjengir vi selve forskriftsteksten og drøfter forskriftens innhold. Avslutningsvis i del 1 viser vi og drøfter sammenhengen mellom kvalitetsforskriften, lover og andre forskrifter.

I utformingen av veilederens andre del, kapittel 4, Forskriften i praksis, har vi samarbeidet med Karen Kaasa, sykepleier og kommunaldirektør i Nøtterøy kommune. I denne delen knyttes de viktigste momenter i kvalitetsforskriften og andre sentrale bestemmelser sammen med den praktiske hverdagen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. En rekke eksempler fra denne hverdagen er brukt for å belyse sammenhengen mellom forskrift og praksis.

Vi håper denne veilederen vil være nyttig å lese, diskutere og anvende for alle som arbeider med å forbedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Vi takker alle som har bidratt til innholdet i denne veilederen.



Bjørn-Inge Larsen
Direktør

Sosial- og helsedirektoratet

Forord	2
Forholdet mellom lov, forskrift, rundskriv og veileder	5
Kapittel 1 Bakgrunnen for forskriften	6
1.1 Hvorfor en forskrift om kvalitet ?	6
1.2 Kort historikk	6
1.3 Hva forstår vi med kvalitet ?	7
1.4 Forskriften av 2003 – hva er nytt ?	8
1.5 Ikke bare eldreomsorg	9
1.6 Pleie og omsorg eller service og assistanse ?	9
Kapittel 2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.....	11
2.1 Forskriftsteksten	11
2.2 Sentrale momenter i kvalitetsforskriften	12
2.2.1 Prosessuell forskrift	12
2.2.2 Lovhjemmel	12
2.2.3 Formål §1	12
2.2.4 Virkeområde §2	12
2.2.5 Oppgaver og innhold i tjenestene §3	13
2.2.6 Medvirkning og medbestemmelse	13
2.2.7 Skriftlige prosedyrer	13
2.2.8 Individuell plan	14
Kapittel 3 Lover og andre forskrifter knyttet til kvalitetsforskriften	15
3.1 Sammenhengen mellom forskriftene om kvalitet og internkontroll	15
3.2 Sammenhengen med lov om helsepersonell	16
3.3 Sammenhengen med pasientrettighetsloven	16
3.4 Sammenhengen med forskrift om individuell plan	17
3.5 Brukermedvirkning i lover og forskrifter	17
3.6 Universell utforming og kvalitet	18
Kapittel 4 Forskriften i praksis.....	19
4.1 Kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten – virkemidler for kvalitetsforbedring	19
4.2 Respekt for det enkelte mennesket	21
4.3 Brukermedvirkning	23
4.4 Brukerundersøkelser	25
4.5 Forskriften gjelder uansett hvem som utfører tjenesten og hvor den utføres.....	26
4.6 Det skal lages hensiktsmessige prosedyrer.....	28
4.7 Hva innebærer ”et system av prosedyrer” ?	28
4.8 Indikatorer for kvalitet.....	29
4.9 Serviceerklæring	31
4.10 Prosedyrer og faglige retningslinjer for å ivareta grunnleggende behov	32

4.11	Samarbeidet med fastleger og spesialisthelsetjenesten.....	35
4.12	Refleksjon og ettertanke	36

Vedlegg:

1.	Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.....	37
2.	Eksempel – Skjema brukerundersøkelse	38
3.	Eksempel – Serviceerklæring	39
4.	Eksempel – Prosedyre	40

Det er en hierarkisk struktur mellom lov, forskrift, rundskriv og veileder. Rangmessig vil en lovtekst ha høyest rang, deretter kommer forskrift, rundskriv og så veileder. Ordlyden i en lovtekst har høyere rang enn forskrift.

En forskrift er alltid gitt med hjemmel i en lov. En forskrift vil inneholde utfyllende bestemmer om et rettsforhold som er regulert i en lovtekst. Kvalitetsforskriften er et eksempel på dette. Forskriften inneholder bestemmelser om hvordan vi sikrer at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov.

Både en lovtekst og forskriftstekst vil kunne inneholde "kan" og "skal" bestemmelser. En "skal" bestemmelse innebærer et rettskrav, det vil si at personen har rett til en ytelse og at kommunen er pålagt å utføre den lovpålagte tjenesten. Det forutsettes at personen oppfylder de vilkår som er knyttet til bestemmelsen.

Selv om det dreier seg om en pliktmessig tjeneste som kommunen er pålagt å utføre, har kommunen rett til å avgjøre ut fra konkrete behov og ressurser innholdet i hjelpe-tilbud og omfanget av tilbudet. Ofte er det ikke mulig å angi presist hvor omfattende lovpålagt hjelp skal være. Det sentrale er at ytelsen må ligge på et forsvarlig nivå i forhold til de behovene som skal dekkes. En slik avgjørelse anses som enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2. Dette innebærer at forvaltningslovens bestemmelser bl.a. om forvaltningens varslingsplikt, innsynsrett, utrednings- og informasjonsplikt og klageadgang, kommer til anvendelse.

En "kan" ytelse innebærer at personen ikke har rettskrav på tjenesten. I slike tilfeller vil det være opp til kommunens skjønn å vurdere om de vil tilby tjenesten. "Kan" tjenester vil ofte være avhengig av kommunens økonomi, budsjett, prioriteringer og personelle ressurser.

Et rundskriv vil gjerne inneholde en fortolkning og presisering av hvordan en overordnet forvaltningsmyndighet og politiske myndigheter ønsker at bestemmelser i lov eller forskrift skal forstås og praktiseres. Et rundskriv vil kunne gi føringer på "skal", "kan" eller "bør" praktisering. "Skal" er en plikt til å følge føringer som er lagt i et rundskriv. "Kan" innebærer at forvaltningen kan velge hvordan de vil utøve sitt skjønn innenfor rettslige rammer, mens "bør" er en tilråding som ikke er bindende.

En veileder er i utgangspunktet ikke rettslig bindende, men ment som anbefaling og tilråding på hvordan en lov, forskrift eller rundskriv kan praktiseres. I en veileder knyttes regelverket til den praktiske hverdagen, ofte gjennom eksempler. Faglige retningslinjer er også vanligvis av veiledende karakter.

Alle lover og forskrifter er lett tilgjengelige på www.lovdata.no

Kapittel 1

Bakgrunnen for forskriften

1.1 Hvorfor en forskrift om kvalitet ?

Formålet med en forskrift er å supplere og utdype allerede eksisterende regelverk, med vekt på grunnleggende behov og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Regjeringen ønsker å legge vekt på at tjenestene skulle utformes på en slik måte at det ble tatt hensyn til det enkelte individs ønsker og behov med respekt for egenverdi og livsførsel.

I tillegg er det en målsetting å harmonisere regelverket for helsetjenesten og sosialtjenesten, slik at det i større grad blir tatt hensyn til de individuelle behovene den enkelte bruker har, uavhengig av hvor den enkelte bor.

En samordnet forskrift skal medvirke til at brukere av helsetjenester og sosiale tjenester får bedre ivarett sine grunnleggende behov gjennom et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

1.2 Kort historikk

I St. meld. nr 31 (2001-2002) "Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen", varslet regjeringen at den våren 2003 ville legge frem en stortingsmelding om bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Regjeringen ønsket å rette fokus mot innholdet og kvaliteten i tjenestene, og foreslo mål, strategi og tiltak for å utvikle bedre pleie- og omsorgstjenester for den enkelte bruker av disse tjenestene. Regjeringen ønsket spesielt å vektlegge brukeropplevd kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene" ble det påpekt at det er behovene og ønskene til den enkelte bruker som er grunnleggende når tjenestene skal utformes. I denne stortingsmeldingen foreslo regjeringen en mer helhetlig satsning for å utvikle bedre kvalitet, valgfrihet og individuelle pleie- og omsorgstjenester.

I tilknytning til regjeringens ønske om å prioritere kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbud, ble det i 2002 inngått en avtale mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund (KS) om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. Siktemålet med avtalen er at staten og kommunesektoren i fellesskap skal sørge for å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

(Se nærmere om KS-avtalen og IPLOS i avsnitt 4.8 Indikatorer for kvalitet)

I St. meld nr. 40 (2002-2003) "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer" kapittel 9, beskrives kvalitetstiltak for å bedre situasjonen for barn med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Barn og foreldre har behov for tiltak og tjenester på flere områder, fra sosial- og helsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, trygdeetaten/hjelpemiddelformidlingen og fra barnehage og skole. Dette innebærer at familiene må være i kontakt med mange instanser. For å sikre at interessene til disse barna blir ivarett, vektlegges i denne stortingsmeldingen blant annet bedre kunnskap om saksbehandling blant offentlige ansatte,

bedre koordinering knyttet til habilitering/rehabilitering og arbeidet med individuell plan. Videre vektlegges å styrke helsetjenesten og bedre hjelpemiddelformidlingen for barn med nedsatt funksjonsevne.

Den første forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 27. januar 1997 med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene. Det ble framholdt at de overordnede mål for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredstillende og mest mulig likeverdig tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status. Kommunene må organisere et tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Ny forskrift ble fastsatt ved kongelig resolusjon av 27. juni 2003 med hjemmel både i lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenesten i kommunene for å samordne pleie- og omsorgstjenestene bedre mellom sosialtjenesten og helsetjenesten.

1.3 Hva forstår vi med kvalitet ?

Ordet kvalitet har flere dimensjoner og betydninger. Det ene er knyttet til egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller tjeneste. Den andre betydningen er knyttet til verdier og verdinormer.

Kvalitet kan defineres som¹:

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

I følge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstillende beskrivne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende.

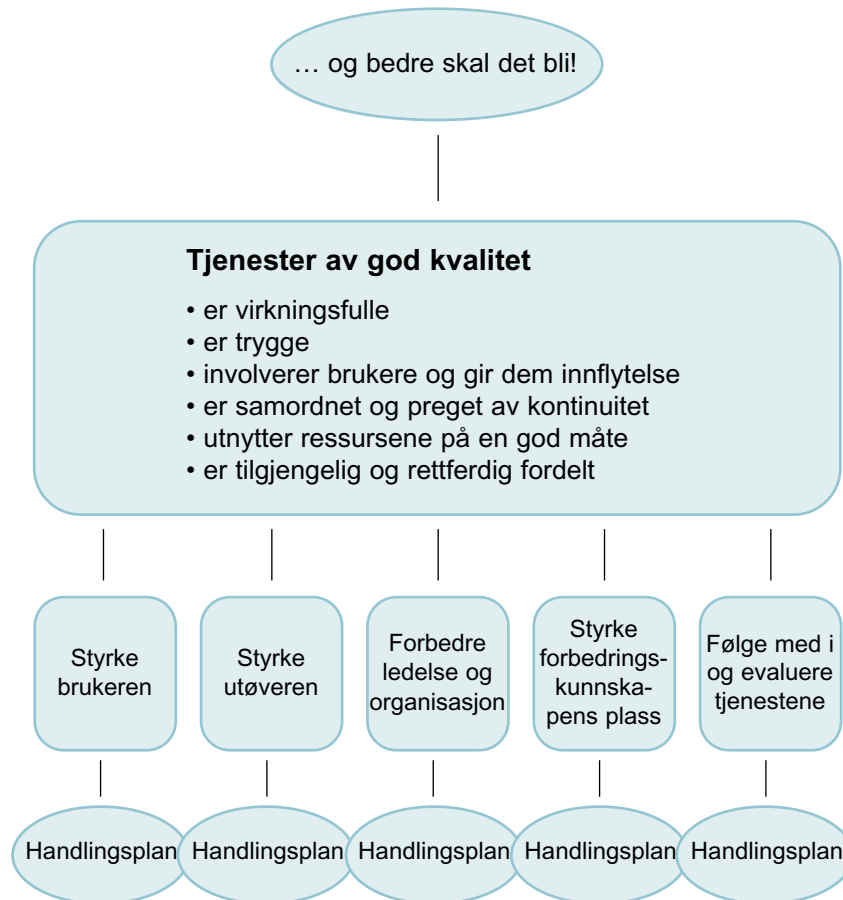
Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnede og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.

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

Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2004 forslaget "..... og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten". Forslag til strategi oppsummeres i følgende illustrasjon² :

1 Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk Standard

2 ...og bedre skal det bli ! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten (2003), Sosial- og helsedirektoratet (nettutgave på www.shdir.no)



1.4 Forskriften av 2003 – hva er nytt ?

Den nye forskriften av 2003 har mye av det samme innholdet som forskriften av 1997. Men den nye forskriften ivaretar også noen vesentlige nye momenter:

Harmonisering – Som nevnt er den nye forskriften hjemlet i både lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenesten i kommunene. Pleie- og omsorgstjenester ytes etter begge disse lovene. Den nye forskriften er et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket i helse- og sosialtjenesten.

Selvbestemmelsesrett – I forskriftens formålsparagraf er respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett tatt inn, sammen med andre grunnleggende behov hos mottakere av pleie- og omsorgstjenester.

Uavhengig av hvor tjenestene utføres – Et tjenestetilbud ut fra behov og uavhengig av bosted, er en ny presisering. Dette for å tydeliggjøre at forskriften gjelder enten tjenestene utføres i eller utenfor institusjon, av kommunen selv, eller av private som kommunen har gjort avtale med.

Individuell plan – Rett og plikt til å utarbeide individuell plan i samarbeid med personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester er kommet inn i regelverket fra 1999. Den nye kvalitetsforskriften knytter kvalitet og individuell plan sammen.

Brukermedvirkning – Brukere, pårørende og verger skal kunne medvirke reelt i planlegging, utforming eller endring av tjenestetilbudet, ikke bare "tas med på råd" slik det sto tidligere i forskriften. Dette gjelder mulighet for reell innflytelse når det gjelder pleie- og omsorgstjenester for den enkelte bruker, og utforming av de samme tjenestene for grupper av brukere i for eksempel de hjemmebaserte tjenestene.

Samordning – det skal gis et helhetlig, koordinert og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Styrke rettssikkerheten – det vil si en ensartet regulering av tjenestene slik at det er brukerens behov og ikke om en bor i sin egen bolig, bofellesskap eller sykehjem, som er styrende for innholdet i tjenestetilbudet.

For å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredstilt sine grunnleggende behov, skal kommunen utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer for tjenestene. I den nye forskriften er grunnleggende behov gjort tydeligere enn i forskriften fra 1997:

Selvstendighet og styring av eget liv – Dette er tydeliggjort som et eget punkt i den nye forskriften.

Sosiale behov – innleder nå punktet om mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet.

Fysiologiske behov - Her er ordet "grunnleggende" tatt ut foran fysiologiske behov.

Personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov skal sikres tilrettelagte tilbud.

Tilbud om eget rom ved langtidsopphold – Dette punktet gjelder i første rekke personer som bor i sykehjem.

1.5 Ikke bare eldreomsorg

Et flertall av brukere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester er eldre mennesker, og det settes derfor lett likhetstegn mellom disse tjenestene og eldreomsorg. Mottakere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester omfatter, som denne veilederen viser, en rekke andre brukergrupper som har andre behov. Det gjelder barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse, enten det er personer med fysiske funksjonshemminger, utviklingshemming, psykiske problemer eller personer med rusproblemer.

Som en følge av reformen for utviklingshemmede og andre nyere reformer blant annet innen psykisk helse, har mange mennesker med funksjonsnedsettelse de siste 10 – 15 årene flyttet fra større institusjoner til egen bolig eller mindre bokollektiv i kommunene. Denne utviklingen har gitt de kommunale pleie- og omsorgstjenestene endrede og nye utfordringer.

1.6 Pleie og omsorg eller service og assistanse ?

I år 2000 ble brukerstyrt personlig assistanse lovfestet i lov om sosiale tjenester. At vi i de siste årene har begynt å bruke begreper som brukerstyring og assistanse i stedet for bare pleie og omsorg, avspeiler den utviklingen vi har hatt i synet på forholdet mellom de som gir og de som mottar hjelp.

Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene vektlegger ideologien og flere av de kvalitetene som ligger bak ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. Dette kan oppsummeres i ordbruk som: Selvstendighet, styring av eget liv, egenomsorg og sosiale behov som fellesskap og aktivitet.

Yngre mennesker med funksjonsnedsettelse oppfatter ordbruk som "pleie og omsorg", som passivt, en kontekst der en bare mottar noe fra andre og ikke styrer og yter selv. Mange ønsker derfor å bruke ord som service og assistanse.

I denne veilederen vil vi i tillegg til pleie og omsorg også bruke ordene service, assistanse eller praktisk bistand som anvendes i sosialtjenesteloven.



Trening med fysioterapeut

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester

I dette kapitlet presenterer vi først selve forskriftsteksten, for så å utdype noen sentrale momenter i kvalitetsforskriften.

2.1 Forskriftsteksten

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Fastsatt ved kgl.res. 27. juni 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 og lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og § 4-6. Fremmet av Sosialdepartementet.

§ 1. Formål

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

§ 2. Virkeområde

Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at denne forskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene.

§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

Kommunen skal etablere et system av prose-dyrer 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 nedfellede 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 unødige 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.

§ 4. Ikrafttreden

Denne forskrift trer i kraft 1. juli 2003. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 27. februar 1997 nr. 358 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9.

2.2 Sentrale momenter i kvalitetsforskriften

2.2.1 Prosessuell forskrift

Kvalitetsforskriften er en prosessuell forskrift. Det betyr at forskriften i utgangspunktet ikke gir materielle rettskrav. Men det stilles krav til kommunen om å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer. Prosedyrer som har til hensikt å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov, slik det blir eksemplifisert i § 3 i forskriften.

2.2.2 Lovhjemmel

Det er viktig å merke seg at forskriften nå er hjemlet både i lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenester i kommunene.

2.2.3 Formål § 1

Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre kvalitet på tjenesten ved en helhetlig tilnærming til brukerens behov. En samordning av bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er derfor viktig for å sikre kvalitet og helhet i tjenestetilbudet.

Det er en sentral målsetting at brukerens behov for tjenester imøtekommes gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger uavhengig av bosted. Kvalitetsforskriften skal medvirke til at personer som tar imot pleie- og omsorgstjenester etter sosial- og helse-lovgivningen får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Kommunene skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid. Et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud vektlegges.

I formålsbestemmelsen er respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett tatt inn på linje med respekt for egenverd og livsførsel. Denne tilføyelsen er gjort for å fremheve at også personer med behov for pleie- og omsorgstjenester fra det offentlige har en grunnleggende rett til å bestemme over sitt eget liv. Tjenestene skal i størst mulig grad utformes og utføres med selvbestemmelsesrett som et førende prinsipp, slik at brukerne opplever å bli møtt med respekt, og at tjenestene er forutsigbare og føles trygge.

Den enkelte bruker har også ansvar for å ta vare på seg selv og egen helse, og ta i bruk egne materielle og menneskelige ressurser for samlet å skape et godt omsorgstilbud.

2.2.4 Virkeområde § 2

Kvalitetsforskriften gjelder på helse- og sosialrettens området. Forskriften kommer til anvendelse for alle virksomheter som yter pleie- og omsorgstjenester, herunder private virksomheter som utfører oppgaver på kommunens vegne. Forskriften gjelder både i og utenfor institusjon, og retter seg mot brukere av kommunale sosial- og helsetjenester uavhengig av alder eller årsaker til behovet for tjenester.

I forskriftens virkeområde er det tatt inn en presisering om at forskriften gjelder kommunens pleie- og omsorgstjenester uavhengig av hvor tjenesten utføres og hvem som utfører den. Det er med andre ord uten betydning om tjenestemottaker bor i egen bolig eller i en institusjon, og om tjenesten ytes mens mottakeren oppholder seg i eller utenfor boligen. Forskriften gjelder like mye for private som utfører pleie- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, som kommunen selv.

2.2.5 Oppgaver og innhold i tjenestene § 3

I første ledd av denne paragrafen vektlegges at det i kommunen skal etableres et system av prosedyrer for å sikre at tjenestene er helhetlige, samordnet og fleksible og at de blir gitt til rett tid. De systematiske tiltakene skal dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav til oppgaver og innhold i tjenestene, jfr forskriften § 3. Dette krever skrevne, fleksible prosedyrer som nødvendiggjør nært samarbeid og koordinering mellom helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen. Det er opp til den enkelte kommune å finne fram til hensiktsmessige organisatoriske løsninger tilpasset lokale forutsetninger.

2.2.6 Medvirkning og medbestemmelse

Medvirkning og medbestemmelse fra brukerne av pleie- og omsorgstjenestene er understreket i kvalitetsforskriften § 3 første ledd. Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp som er vektlagt innen helse- og sosialretten. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker. I den praktiske utføringen av tjenestene innebærer dette at brukerne kan være med å bestemme hvordan tjenestene skal utføres.

Reell brukermedvirkning forutsetter at det skjer endringer på systemnivå og individnivå parallelt. Systemnivået inkluderer organisasjoner og nærmiljø, der tjenesteutøverne og brukerrepresentanter blir sett på som en del av systemet. For å gi brukermedvirkningen et reelt innhold når utforming og endring av tjenestetilbudet skal diskuteres, må vi utvikle likeverdige samarbeidsformer og diskusjonsarenaer mellom brukerne og hjelpeapparatet. Dette innebærer at brukere deltar aktivt i sentrale fora ved utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning i praksis spenner fra uttalerett til reell innflytelse, og fra å delta i meningsutvekslinger til formelle beslutningsprosesser. Det sentrale er at tjenesteyteren på grunnlag av tjenestemottakerens definerte mål og angitte behov skal vurdere og ta hensyn til hvilke tiltak som er egnet for å dekke behovene.

Brukermedvirkeren kan også inkludere pårørende eller verge. Adgang til brukermedvirkning for andre enn brukeren, vil bero på hvordan dette spørsmålet er løst henholdsvis i helseretten og sosialretten. Når det gjelder medvirkning fra andre enn brukeren for tjenester knyttet til helsehjelp, er hovedregelen om samtykke lovfestet i pasientrettighetsloven kapittel 4. Kapitlet inneholder regler om hvilken form samtykke skal ha og hvem som har samtykkekompetanse. Sosialtjenesteloven har ingen tilsvarende bestemmelser som regulerer samtykkekompetanse. Verge/hjelpeverge kan samtykke på vegne av sosialtjenestebrukeren forutsatt at det foreligger gyldig fullmakt. (Se også avsnitt 3.5 Brukermedvirkning i lover og forskrifter)

2.2.7 Skriftlige prosedyrer

Utarbeiding av systematiske, skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer er nødvendig for å kvalitetssikre tjenester.

I første og andre ledd i § 3 vektlegges at kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer for å løse de oppgavene som fremkommer i bestemmelsen på en slik måte at de tilfredsstillir brukernes grunnleggende behov. Prosedyrer bør inneholde en beskrivelse av de formål, anvendelsesområde og ansvar som skal sørge for at brukeren av tjenester opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og får mulighet for ro og skjermet privatliv og selvstendighet og styring av eget liv. I tillegg bør prosedyrene utfylles med mer spesifikke retningslinjer om hvordan brukere av tjenester får dekket fysiske og sosiale behov. De 16 strekpunktene i § 3 i forskriften er ikke utfyllende for mangfoldet i pleie- og omsorgs-

tjenesten, men de konkretiserer på noen viktige områder hva en legger i grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

(Se vedlegg 4 - Eksempel på prosedyre)

2.2.8 Individuell plan

Betydningen av individuell plan vektlegges i forhold til samordning og koordinering av tjenestene i kvalitetsforskriften § 3. I en individuell plan skal tjenestene samordnes slik at tjenestemottaker får en helhetlig oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle. Videre skal planen inneholde omfanget av de ulike tiltakene, hvordan tiltakene skal gjennomføres, og hvilke instanser og samarbeidsparter som er involvert og har et felles ansvar for å sette innholdet i planen ut i livet, i samarbeid med brukeren.



Hjemmesykepleie – stell av sår og assistanse med å puste



Lover og andre forskrifter knyttet til kvalitetsforskriften

3.1 Sammenhengen mellom forskriftene om kvalitet og internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kvalitetsforskriften og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, som pleie- og omsorgstjenestene er en del av. Internkontrollforskriften berører en rekke sentrale punkt som også kvalitetsforskriften tar opp. På mange måter utfyller og supplerer disse to forskriftene hverandre. Forskrift om internkontroll er vedlegg 1 i denne veilederen.

Kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften skal medvirke til at tjenester etter sosial- og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig måte. De to forskriftene må ses i sammenheng. I interkontrollforskriften § 1 og § 4 stilles krav til virksomheter i helse- og sosialtjenesten om systematisk styring og at en beskriver virksomhetens hovedoppgaver og mål. I kvalitetsforskriftens § 3 stilles krav om å utarbeide skriftlige prosedyrer for å kvalitets-sikre virksomhetens konkrete oppgaver og mål.

Kvalitetsforskriften retter søkelyset mot *brukerne* av pleie- og omsorgstjenestene. Internkontrollforskriften retter fokus mot *den enkelte virksomhets egne systemer*, ved at det stilles krav om systematiske tiltak og styring av sosial- og helsetjenestene. I internkontrollforskriften legges det vekt på virksomhets egen kontroll av rutiner og systemer. Det sentrale i forskriften er at den enkelte virksomheten skal ha egne systemer som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer. Krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter. Hensikten med systematiske tiltak og styring er at disse skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med fastsatte krav i eller i medhold av lov eller forskrift.

Kvalitetsforskriften pålegger kommunene å etablere et system som skal sikre kvalitet på tjenester som imøtekommer enkeltindividets grunnleggende behov. Bruk og utvikling av prosedyrer er sentrale føringer i internkontrollforskriften, fordi systematiske styringstiltak skal sikre at aktiviteter og tjenester utøves i samsvar med brukerens behov og de krav som stilles i gjeldende rett.

I internkontrollforskriften § 4 konkretiseres innholdet i internkontrollen. De ansvarlige for virksomheten skal blant annet beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, sørge for tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos arbeidstakerne. De ansatte skal medvirke slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Videre vektlegges i arbeidet med internkontroll å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen. Det presiseres at det må foretas systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten. I den samme paragrafen vektlegges betydningen av å bruke tjenestemottakernes og pårørendes erfaringer for å forbedre kvaliteten på tjenester.

I § 5 vektlegges at internkontrollen skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig av hensyn til virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal være oppdatert og tilgjengelig. Den øverste ledelsen for virksomheten må sammen med medarbeiderne avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, og etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene. Dette innebærer at den enkelte virksomhet utarbeider prosedyrer og andre administrative tiltak for å sikre at aktivitetene planlegges, utføres, vedlikeholdes og kontrolleres i samsvar med gjeldende krav i lover eller forskrifter. Hva som skal dokumenteres må avgjøres ut fra virksomhetens egne interne behov.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten³.

3.2 Sammenhengen med lov om helsepersonell

Helsepersonelloven skal bidra til sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten og skape tillitt til helsepersonellet og helsetjenesten, jfr helsepersonell loven § 1.

I helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet framgår at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften legger begge opp til en konkretisering av tiltak og virkemidler på hvordan fagpersonell kan oppfylle kravene om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jfr kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften § 4.

Tjenestemottakerens rett til et samordnet tjenestetilbud som ivaretar grunnleggende behov samsvarer med sentrale føringer i helsepersonelloven. I § 4 andre ledd i denne loven framgår at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, med de begrensninger som følger av yrkesmessig taushetsplikt.

Kvalitetsforskriften gir anvisning på hvordan helsepersonell og andre ansatte kan gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp for eksempel ved at det i kvalitetsforskriften § 3 stilles krav om at det skal utarbeides skriftlige nedfellede prosedyrer.

3.3 Sammenhengen med pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven er en rettighetslov som gjelder for brukere av helsetjenester. Forutsetningen for at pasientrettighetsloven vil komme til anvendelse er at brukeren defineres som pasient etter pasientrettighetsloven § 1-3 a.

Både kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften er virkemidler til å nå pasientrettighetslovens mål om at befolkningen i utgangspunktet skal ha lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen, samt valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, fremkommer av pasientrettighetsloven § 3 –1.

3 Internkontroll i sosial- og helsetjenesten, veileder (2004), IS – 1183, Sosial- og helsedirektoratet

3.4 Sammenhengen med forskrift om individuell plan

En individuell plan er et plandokument som kan bestå av flere delplaner, og som skal ivareta behovene en person har for helhetlige og samordnede tjenester. En individuell plan kan være et godt virkemiddel for å oppnå kvalitetsforskriftens målsetting om at det skal gis et fleksibelt tjenestetilbud som tar hensyn til individets selvbestemmelsesrett og egenverdi.⁴

Personer med behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. I forskrift om individuell plan tas det utgangspunkt i den enkelte brukers behov for en helhetlig samordning av tjenester. En individuell plan skal være brukerens plan. Dette innebærer at brukerens mål og ønsker skal legges til grunn. Alle tjenesteytere skal arbeide sammen i en prosess der tjenestemottakerens perspektiver og ønsker ivaretas. Dette innebærer at en individuell plan er et virkemiddel for å kartlegge mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder slik at en person som mottar pleie- og omsorgstjenester opplever god kvalitet på tjenestene.

Koordinering og samarbeid mellom involverte etater står sentralt i forskriften om individuell plan for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, derfor skal det legges til rette for brukermedvirkning. Den individuelle planen skal sikre at tjenestene blir vurdert i en sammenheng slik at brukeren får utarbeidet en helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

(Se eksempler på arbeid med individuell plan i kapittel 4, eksemplene 5, 6, 8 og 9.)

3.5 Brukermedvirkning i lover og forskrifter

I de siste 10-15 årene er retten til brukermedvirkning blitt stadig mer framhevet i lover og forskrifter knyttet til sosial- og helsetjenestene. Brukermedvirkning er en sentral føring i lov om sosiale tjenester. Av *sosialtjenesteloven* § 8-4 fremkommer det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten. Tjenesteyter har plikt til å rådføre seg med klienten. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det er et viktig generelt prinsipp at tjenestetilbudet så langt som mulig bør ta hensyn til den enkeltes spesielle behov og ønsker. Selv om tjenesteyter kan velge hjelpeform, innebærer dette likevel at tjenesteyter må anstrenge seg for å finne en individuell tilpasset løsning. Etter sosialtjenesteloven er det også anledning til å la seg representere av en fullmektig, som for eksempel kan være et familiemedlem eller en annen nærpersion. En fullmektig må ha en skriftlig fullmakt fra tjenestemottakeren.

Pasientens rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen behandles i pasientrettighetsloven § 3-1. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (Se også avsnitt 2.2.6 Medvirkning og medbestemmelse.)

I *forskrift til lov om sosiale tjenester* § 5-2 sies at *institusjoner for omsorg for og behandling av rusmisbrukere* skal drives slik at beboernes mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt, så langt det er forenlig med formålet med oppholdet i institusjonen og institusjonens ansvar for driften. Forholdene skal legges til rette for at beboerne får delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte beboer.

⁴ Retten til å få utarbeidet en individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5. Helse – og sosialtjenestenes plikt til å utarbeide en slik plan er regulert i lov om helsetjenesten i kommunene § 6-2a, lov om sosiale tjenester § 4-3a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og i psykisk helsevernloven § 4-1. Ny forskrift om individuell plan vil foreligge ved årsskiftet 2004/05, som ivaretar at plikt til å utarbeide individuell plan også er hjemlet i sosialtjenesteloven fra 2003.

Forskrift for habilitering og rehabilitering § 5 har bestemmelser om brukermedvirkning som sier at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder planlegging, utforming, utøving og evaluering av tilbudet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasientrettighetsloven som skal sikre at pasientens interesser ivaretas, og kvalitetsforskriftens krav til selvbestemmelsesrett.

I *Forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie*, hjemlet i lov om helse-tjenesten i kommunene, er også prinsippet om brukermedvirkning nedfelt.

Forskriftens § 4-4 sier blant annet at beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse. Ledelsen skal så langt det er mulig ta hensyn til beboernes og pårørendes synspunkter. Brukerens ønsker og behov skal være et utgangspunkt for formulerte mål og planer. For at brukermedvirkningen skal være reell, skal brukeren tas med både i planleggingen av tjenestene og i forhold til den daglige utførelsen. Brukermedvirkning innebærer at tjenestene utformes på en slik måte at det i rimelig grad tas hensyn til at behov og ønsker varierer over tid.

I sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie som har et eget styre, skal brukermedvirkning praktiseres ved at det på et fellesmøte av beboere og pårørende velges inn en talsperson for beboerne i styret. Der det ikke er opprettet eget styre, skal beboerne sikres mulighet for innflytelse på driften.

I *forskrift om individuell plan § 3* første ledd vektlegges brukermedvirkning ved at tjenestemottaker har rett til å delta i arbeidet med utarbeidelse av individuell plan og at det skal legges til rette for dette. Hjelpeapparatet må legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen. Brukeren må få fortløpende informasjon og veiledning og det må avsettes tid til å få frem brukers egne behov og mål for fremtiden.

3.6 Universell utforming og kvalitet

En forutsetning for å kunne gi pleie- og omsorgstjenester av god kvalitet, er at de fysiske rammene er tilrettelagt. Vi er avhengige av god fysisk tilgjengelighet og brukbarhet enten det gjelder private hjem, kommunale bofellesskap eller institusjoner. I dag snakker vi mer og mer om universell utforming som defineres som *"utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming"*. Denne definisjonen peker på at god fysisk utforming gjelder hensynet til alle mennesker, for eksempel både hjelpere og brukere av pleie- og omsorgstjenester. I veiledningsmaterieill til plan- og bygningsloven og byggeforskriftene vektlegges nå målsettingen om universell utforming, eller tilgjengelighet og brukbarhet for alle⁵.

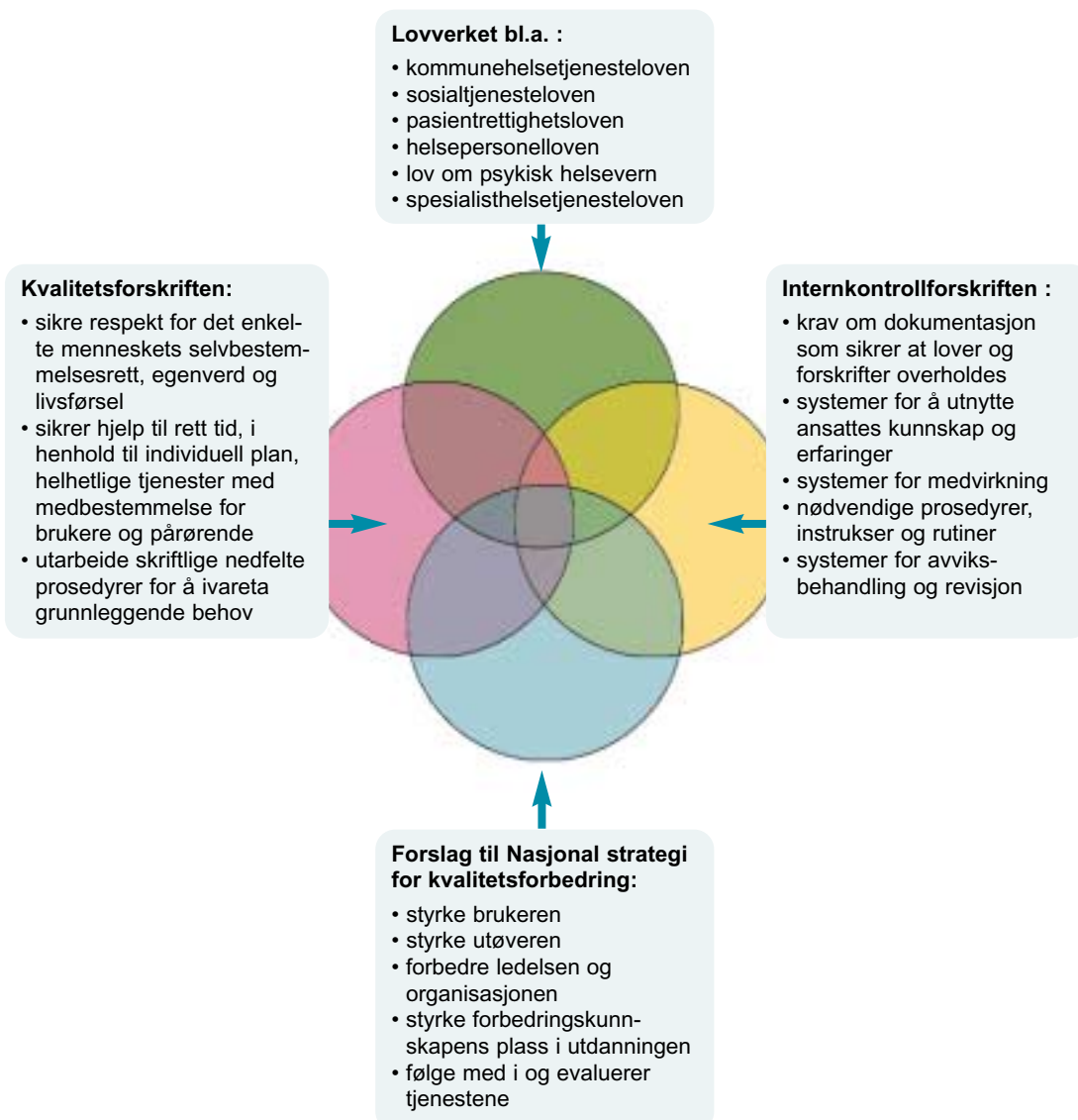
5 Universell utforming overalt! Planlegging og utforming av uteområder, bygninger, transport og produkter for alle (2003), Sosial- og helsedirektoratet IS – 1141
REN veiledning til teknisk forskrift (2003), Statens bygningstekniske etat, www.be.no
Bygg for alle, temaveiledning om universell utforming av byggverk og uteområder (2004)
Statens bygningstekniske etat/Husbanken
Tilgjengelige bygg og uteområder (2004), Norges Handikapforbund
Plan- og bygningsloven og Forskrift om krav til byggverk og produkter til byggverk, www.lovdatab.no

Forskriften i praksis

4.1 Kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten - virkemidler for kvalitetsforbedring

Kvalitetsforskriften henger sammen med både internkontrollforskriften og forslag til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Kvalitetsforskriften er i stor grad rettet mot brukerne og den enkelte ansatte, mens internkontrollforskriften først og fremst er rettet mot ledelse og organisering. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring har som mål både å styrke brukeren, styrke utøveren og forbedre ledelsen og organisasjonen. Forbedringskunnskapens plass i utdanningen og evaluering av tjenestene vektlegges⁶.

De tre dokumentene, sammen med det aktuelle lovverket på området, griper i hverandre som den følgende figuren illustrerer:



⁶ ... og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2004). Rapport Sosial- og helsedirektoratet (kun nettutgave på www.shdir.no)

Hensikten med kvalitetsforskriften er å bedre kvaliteten i møtet mellom bruker og tjenesteutøver, det faglige innholdet i tjenestene, samspillet mellom de involverte fagpersonene og de medmenneskelige sidene ved tjenesteutøvelse. Dette kan ses på som en vektskål der det skal være balanse mellom gode systemer, retningslinjer og prosedyrer på den ene siden og individuelt skjønn, kreativitet, etisk refleksjon, samarbeid og medmenneskelighet på den andre siden. Dersom det legges for liten vekt på systemsiden kan kvaliteten på tjenestene bli varierende og personavhengig. Hvis det på den andre siden legges for lite vekt på det faglige skjønn, erfaring, samarbeid og medmenneskelighet, får ikke medarbeiderne utnyttet sitt potensial og brukerne kan i for liten grad få en individuell vurdering av sin unike situasjon⁷. Dette er sentrale utfordringer når kvalitetsforskriften skal omsettes i praksis.

I helse- og sosialtjenesten er det mye oppmerksomhet på økt brukermedvirkning og styrkede pasientrettigheter. Det har derimot vært mindre oppmerksomhet knyttet til pårørendes behov. I hjemmebaserte tjenester er pårørende ofte kalt "de usynlige hjelperne". De utfører faktisk en vesentlig del av omsorgen til hjemmeboende som trenger assistanse. Disse pårørende trenger støtte og hjelp i en ofte krevende hverdag. Støtte og hjelp til pårørende har tidligere vært lite utprøvd, men det begynner nå å komme flere tilbud i form av blant annet undervisning for pårørende og likemannsarbeid gjennom funksjonshemmedes organisasjoner⁸.

I eksempel 1 viser vi hvordan en kan kombinere systemer og kreativitet for å oppnå mer trygghet, bedre kunnskap og nettverk for pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver. Følgende eksempel gir en illustrasjon av kvalitetsforskriftens formål i praksis.

Eksempel 1:

"Han var 80 år da hans kone fikk slag, og livet ble snudd opp ned for dem begge. Før slaget hadde de vært aktive både i friluftsliv og i sosiale sammenhenger. Det de hadde kalt for livets dessert, den frie og aktive pensjonisttilværelsen, ble nå mer preget av isolasjon og utrygghet.

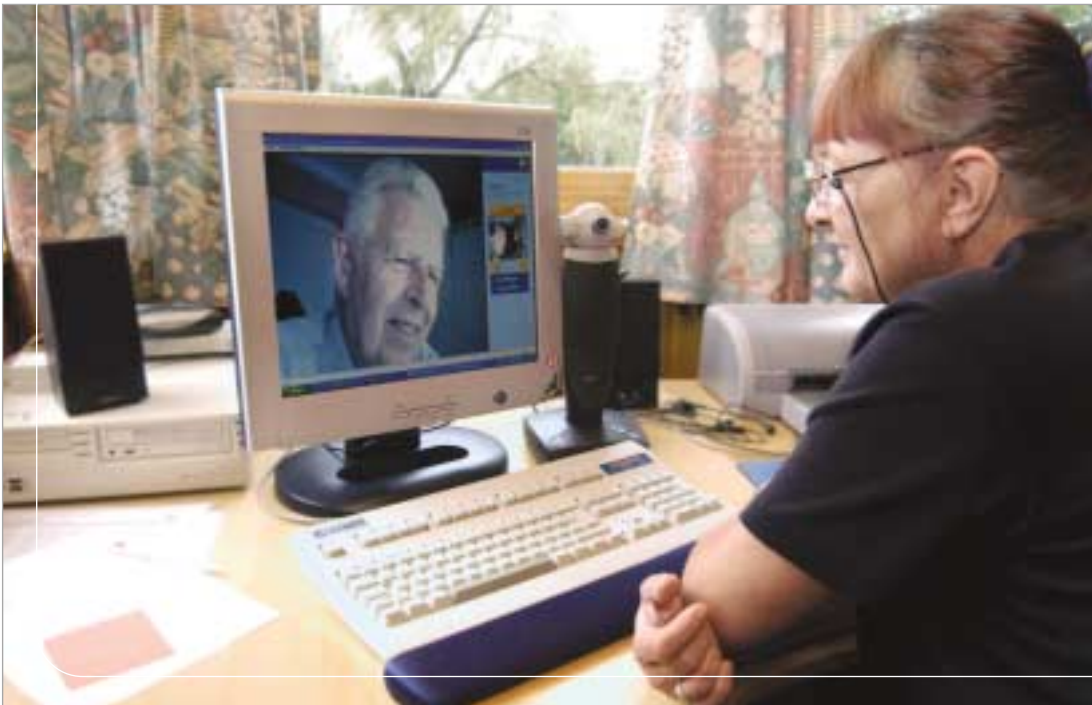
På sykehuset hadde de begge vært i en sjokkfase og var lite mottakelige for den informasjonen som ble gitt. Spørsmålene de hadde omkring sykdommen kom først etter at de var kommet hjem. Gjennom sykehuset fikk de tilbud om å være med i et prøveprosjekt, et samarbeid mellom kommunen de bodde i, høgskolen og sykehuset. De fikk installert en PC med bildetelefon. Etter tre opplæringskvelder mestret mannen PC-en, selv om ingen av dem hadde brukt PC tidligere. På PC-en var det lagt inn en rekke læringsprogram utviklet med spesielt henblikk på pårørende i hans situasjon. Her fikk de kunnskap om slag og hvordan et slag kan virke inn på kroppen og psyken. De fikk også kunnskap om riktig løfteteknikk, ernæring, hjelpemidler, trygderettigheter og avslapningsøvelser. Programmene var utviklet med tanke på de pårørende, men også nyttige for den som trengte hjelp.

Via bildetelefonen kunne de kontakte et eget servicekontor i kommunen, de kunne avtale en bildetelefon samtale med en sykepleier eller lege på sykehusets slagavdeling. Videre kunne de ringe opp de andre familiene som deltok i prosjektet. Dette åpnet en ny tilværelse. De månedlige sammenkomstene for deltakerne i prosjektet var kanskje det aller viktigste, det ga kontakt og vennskap med andre i samme situasjon og brøt

⁷ Kvalitet i helse- og sosialtjenesten, Det er menneskene det kommer an på (2004) Kaasa, Karen, Gyldendal

⁸ Å være i samme båt – likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner (2001) Olsen B.C.R/Grefberg, M, Sosial- og helsedepartementet

opplevelsen av isolasjon som sykdommen hadde medført. Den slagrammede ektefellen fikk kontakt med en annen kvinne i samme situasjon i prosjektet, og denne kontakten ble en viktig støtte. Dette tiltaket som har som mål å gjøre den pårørende tryggere i omsorgsrollen, hjelper også den i familien som trenger assistanse. Indirekte ved at den pårørende unngår å bli utbrent, og direkte ved at også den som trenger hjelp får nye kunnskaper og kontakt med andre i samme situasjon.⁹



Servicekontor med bildekontakt til tjenestemottakere i hjemmet
(personen på bildet har ikke sammenheng med eksempel 1)

4.2 Respekt for det enkelte mennesket

Kvalitetsforskriften er rettet mot alle som mottar pleie- og omsorgstjenester i vid forstand. Forskriftens hovedformål er å vise respekt for den enkelte brukers selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel. Forskriften gjelder både for beboere i sykehjem eller andre boformer med heldøgns tilsyn, personer som mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie i egen bolig, og andre som trenger assistanse fra andre deler av sosial- og helsetjenesten som for eksempel rusomsorgen og psykiatritjenesten.

Det er en rekke begreper på mottakere av sosial- og helsetjenester; klienter, beboere, brukere og pasienter. I tillegg til de som mottar hjelp er også hjelpeverger og pårørende viktige parter i pleie- og omsorgstjenesten. I denne veilederen har vi i hovedsak valgt å benytte begrepet bruker for alle som mottar pleie- og omsorgstjenester i en eller annen form. Tjenestemottaker benyttes også synonymt med bruker.

⁹ Prosjektet ble startet opp i Vestfold i 2004 og er et samarbeid mellom Nøtterøy kommune, Tønsberg kommune, Sykehuset i Vestfold og Høgskolen i Vestfold. Prosjektet er oversatt fra det svenske Action-prosjektet, les mer på den svenske hjemmesiden www.action.hb.se

Gjensidig respekt kan bare oppnås dersom brukeren gis anledning til å være en likeverdig part i relasjonen til tjenesteutøveren. Hjelperne skal gi brukerne nødvendig assistanse til å gjøre egne valg og komme videre i livet. Fagpersonene bør i mange sammenhenger se på seg selv som assistenter. Det krever at vi er bevisst både asymmetrien i maktforholdet og vår egen atferd. Det fordrer omvurdering og holdningsendring hos oss alle ¹⁰.

Både i helsetjenesten og sosialtjenesten er det en vanskelig balansegang mellom å hjelpe for mye, det vil si tendenser til paternalisme, og det å hjelpe for lite, som kan nærme seg omsorgssvikt. Ansatte i pleie- og omsorgstjenestene befinner seg ofte i spenningsfeltet mellom disse to fallgruvene. Vi må være bevisst dette spenningsforholdet og reflektere over de konkrete konfliktsituasjonene som oppstår.

Kunnskap, selvinnsikt og empati utgjør den kompetansen som kreves for en profesjonell holdning hos fagpersonen i møte med pasienten eller brukeren. Dette framhever blant andre psykiater Ulla Holm i sin doktoravhandling om legers møte med pasienter. Holm sier at selvinnsikt og empati kan trenes opp og utvikles dersom vi selv er åpne for det ¹¹.

Brukere som har redusert hukommelse, eller som av andre grunner har redusert mental kapasitet, kan lett bli fratatt bestemmelse på områder der de fortsatt har mulighet til medbestemmelse og selvbestemmelse. Eksempel 2 illustrerer hvordan vi i en vanskelig situasjon kan finne en løsning som både ivaretar beboerens grunnleggende behov for personlig hygiene, og for respekt og selvbestemmelse i samsvar med kvalitetsforskriftens formål.

Eksempel 2:

En kvinnelig pasient, som kort kan beskrives som en "flott dame", velkledd og stilig, oppførte seg alltid dannet og likte å ta godt vare på seg selv. Hun var på sykehjemsavdelingen på grunn av en langt fremskreden Alzheimers sykdom. Hun husket ikke lenger å stelle seg, og hennes reduserte luktesans gjorde at hun ikke merket selv at hun ikke luktet så godt. I flere uker hadde hun ikke fått vasket seg ordentlig, fordi hun gjorde kraftig motstand når de ansatte prøvde å hjelpe henne. Personalet ville hjelpe henne i dusjen, men hun avslo bestemt og sa at det var slett ikke nødvendig. Ingen forsøk på å overtale henne nådde frem. De ansatte snakket sammen om hvordan de skulle løse denne konflikten mellom kvinnens rett til selvbestemmelse og deres plikt til å hjelpe beboere som ikke selv kunne ta hånd om sine grunnleggende behov. De så for seg en vanskelig kamp i dusjen, som for denne kvinnen ville oppleves som et vondt overgrep i en situasjon der hun var blottstilt og hjelpeløs. De ble enige om å følge en annen plan. De fylte avdelingens badekar med varmt vann og mye badeskum. De fikk beboeren til å komme inn på badet, og der klarte de å bli enige med henne om å ta av henne alt tøy unntatt underkjolen. Hun hadde på seg underkjolen mens de hjalp henne opp i badekaret. Først når hun lå i det gode varme vannet, dekket med såpe-skum, gled underkjolen av – og hun hadde sluppet å føle seg blottstilt foran hjelperne sine. Kvinnen lå fornøyd og nøt det gode badet. Hun sukket og sa "Å, så deilig dette er". Så lo hun og sa med glimt i øynene "Er jeg kommet til himmelen; er dere engler, dere da? Nei, dette var skjønt!" ¹²

10 Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene Omsorg 2000 (1999-2000) St.meld. nr. 28, Sosialdepartementet

11 De räcker inte vara snäll (1995) Holm, Ulla, *Stockholm* Natur og kultur

12 En hendelse fortalt av sykepleier Bente Kibuuka

4.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er sentralt i kvalitetsforskriften både for å ivareta respekten for det enkelte mennesket og for å bedre innholdet i pleie- og omsorgstjenestene. Dette kan skje på flere plan. Planlegging og utforming av tjenestene i samspill med brukerne er et ledd i brukermedvirkning og en forutsetning for god kvalitet. Brukeren styrkes gjennom å anerkjenne hans eller hennes egne opplevelser og erfaringer. Det er også viktig å gi brukerne kunnskap om bestemmelser og rettigheter. En velinformert og deltakende bruker har større forutsetninger for å oppnå et godt resultat.

Brukermedvirkning på individnivå innebærer at den enkelte bruker og pårørende bidrar aktivt i utformingen av de tjenestene de selv får. Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er et eksempel på individuell brukermedvirkning eller brukerstyring. Brukeren er arbeidsleder for sine assistenter og får både ansvar og myndighet til å disponere den tiden assistentene har hos ham eller henne, innenfor de rammene kommunen har satt i vedtaket om assistanse. Denne ordningen kan administreres både av kommunen og av private andelslag. Eksempel 3 viser ordningen gjennom andelslaget ULOBA¹³. Kvalitetsforskriften gjelder også for private utøvere. Kommunen må da stille krav til at den private utøveren overholder kvalitetsforskriften og andre forskrifter.

Eksempel 3:

Ekteparet Frøydis Kristiansen og Kjell Rasmussen er begge rullestolbrukere og har behov for hjelp til personlig hygiene og til å komme inn og ut av sengen, samt hjelp til en del av husarbeidet. De er yrkesaktive og glade i å reise. Kommunen hadde fattet vedtak om hjelp til personlig hygiene og praktisk bistand i hjemmet på henholdsvis 24 timer i uken for ham og 27 timer i uken for henne. I starten kom hjelpen fra kommunens hjemmetjeneste. Ekteparet opplevde etter hvert at det ble for mange personer som skulle hjelpe dem med private gjøremål, som personlig hygiene. De følte seg også låst til de faste tidene som vedtaket innebar.

De søkte derfor om og fikk innvilget det samme antall timer utført av personlig assistenter som de selv ansatte og ledet. Det er andelslaget ULOBA som betaler lønn og har arbeidsgiveransvaret. Kommunen kjøper disse tjenestene fra ULOBA. I det daglige leder og administrerer ekteparet assistentene og timeforbruket, mens ULOBA arrangerer kurs og opplæring både for arbeidslederne og assistentene.

Denne endringen ga ekteparet et bedre liv. Nå bestemmer de selv hvem som skal ansettes, når assistentene skal komme og hvor lenge de skal arbeide. De har nå færre hjelpere å forholde seg til og en bedre og mer forutsigbar arbeidsdag. Endelig føler de seg fri til å bestemme mer over sitt eget liv. Før hadde de blant annet ikke hatt mulighet til å reise på ferie og være på en konsert eller teaterforestilling de hadde lyst til å se. Nå planlegger de hverdager og fritiden selv. De planlegger reiser og samler opp nok timer til å kunne ha med seg en assistent på ferien.

Utarbeiding og oppfølging av individuell plan er også eksempel på brukermedvirkning på individnivå. Individuell plan er en metode for å sikre samordning og brukermedvirkning når en person trenger sammensatte og omfattende tjenester. En individuell plan er brukerens egen plan. Derfor må denne være aktivt med i prosessen når mål, ressurser og behov kartlegges og planen utarbeides. Gode skriftlige systemer for utarbeiding av individuelle planer, som fungerer i praksis, er en måte å ivareta kvalitetsforskriftens formål om medbestemmelse og selvbestemmelsesrett. De punktene i kvalitetsforskriften som omhandler respekt,

¹³ ULOBA - Andelslag for borgerstyrt personlig assistanse er et nonprofit andelslag for funksjonshemmede, som eies og drives av funksjonshemmede selv. Les mer på deres hjemmeside; www.uloba.no

forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet og selvstendighet og styring av eget liv kan også ivaretas gjennom arbeidet med individuell plan. (Se eksemplene 5, 6 og 9)

Brukemedvirkning på systemnivå vil si at en gruppe brukere eller representanter for brukere er med i planleggingen av nye tiltak eller ved drift av tjenester. Eksempler på brukermøvirkning på systemnivå er når beboere eller pårørende deltar i et styre for et sykehjem, eller at et kommunalt råd for funksjonshemmede kommer med forslag til endringer i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

Både for brukermøvirkning på individ og systemnivå er det grader av brukermøvirkning. Vi kan si at den laveste form for brukermøvirkning er å ha talerett. En brukerundersøkelse kan være et slikt eksempel. Høy grad av brukermøvirkning kalles brukestyring og er for eksempel ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. (Se eksempel 3)



Personlig assistanse i og utenfor hjemmet



4.4 Brukerundersøkelser

Brukerundersøkelse er et hjelpemiddel for å få fram brukernes meninger. Hvordan opplever de kvaliteten og omfanget på tjenestene, og hva er viktigst for dem? Det kan også være en måte å hente inn gode ideer på. En brukerundersøkelse kan være nyttig for å få korrektiler til tjenestene og for å måle effekten av nye tiltak. Brukerundersøkelser kan benyttes til å sammenlikne egne resultater mot andre kommuner som yter tilsvarende tjenester. Effektiviseringsnettverket i Kommunenes Sentralforbund (KS) er et slikt tiltak¹⁴.

Her kan kommuner som er med i nettverket gjennomføre de samme brukerundersøkelsene. Det er utarbeidet brukerundersøkelser for en rekke forskjellige kommunale tjenester som pleie- og omsorg, barnvern og skole. Når kommunen har foretatt en brukerundersøkelse, kan den måle egne resultater opp mot resultatene fra andre kommuner i nettverket. Dette gir kommunene et sammenligningsgrunnlag for kommunens tjenester og en arena for å lære og å få gode ideer.

Når vi gjennomfører brukerundersøkelser kan det være en fordel å kombinere kvalitative og kvantitative metoder. Et godt eksempel på dette er beskrevet i heftet Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter.

Eksempel 4: Brukerundersøkelse i psykiatrien

Det er utviklet en metode for kvalitetsforbedring i psykiatrien som er basert på intervjuer med pasienter. Pasienters erfaringer brukes som en rettesnor for valg av forbedrings-tiltak. Når man har gjennomført tiltakene, kan nye intervjuer vise om tiltakene har hatt effekt.

Metoden består av tre elementer:

- *en fremgangsmåte for pasientstyrt forbedringsarbeid*
- *en intervjuprotokoll for kartlegging av pasienters erfaringer*
- *vurdering av pasienters tilbakemeldinger ved hjelp av få data og enkel statistikk*

Metoden er beskrevet på bakgrunn av utprøving ved åtte sengeposter ved fire sykehus. Pasientstyrt forbedringsarbeid går ut på å lytte til hva pasientene forteller, forsøke å rette opp mangler som de påpeker, og deretter spørre dem igjen om de merker noen forskjell¹⁵.

Søkekonferanse eller dialogkonferanse, evaluering og løsningsorientert tilnærning er ulike metoder til å synliggjøre brukernes opplevelser og prioriteringer. Brukere av tjenester kan inviteres til å komme med innspill og idéer for hvordan tjenesten de mottar kan bli bedre. Gjennom strukturerte søkekonferanser får vi en aktiv dialog med brukerne og mellom brukerne. Denne metoden er spesielt godt egnet når vi ønsker å få frem nye forslag og ideer for å bedre kvaliteten på tjenestene¹⁶. Liknende metoder i praktisk forbedringsarbeid er beskrevet i boka "Mellom kaos og kontroll"¹⁷.

¹⁴ Les mer om effektiviseringsnettverket i KS på nettsidene www.ks.no og www.bedrekommune.no

¹⁵ Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern, Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter (2001), utredningsserie 6-2001. Statens helsetilsyn

¹⁶ Kvalitet i helse- og sosialsektoren, (2004) side 43, Kaasa, Karen, Gyldendal

¹⁷ Mellom kaos og kontroll - ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten (2004) Kap.7, Øgar, Petter og Hovland, Tove, Gyldendal

4.5 Forskriften gjelder uansett hvem som utfører tjenesten og hvor den utføres

Kvalitetsforskriften er nå hjemlet både i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Kravene i forskriften gjelder brukere og pårørende i alle aldre, enten de er fysisk funksjonshemmede, har rusproblemer, psykiske problemer eller er utviklingshemmede. Pleie- og omsorgstjenestene innbefatter alt fra spesialiserte tjenester i sykehjem og hjemmesykepleie, til praktisk bistand og assistanse i og utenfor hjemmet. Kvalitetsforskriften gjelder også som nevnt uavhengig av om hjelpen gis fra kommunale eller private virksomheter.

Som nevnt i kapittel 1 settes det i Stortingsmelding 40, "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer", søkelys på barn med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende¹⁸. Det foreslås en rekke tiltak for å bedre situasjonen for både barna og de pårørende. Et tiltak har vært å etablere tilbud til familier med barn med nedsatt funksjonsevne i regi av de nye lærings- og mestringssentrene, som finnes flere steder i landet¹⁹.

Eksempel 5

Familien Hansen består av foreldrene Hans og Bente, en sønn og en datter på henholdsvis 12 og 10 år og Eva på 7 år. Eva fikk en hjerneskode under fødselen. Hun bruker rullestol og har blant annet sen språkutvikling.

Bente var i full jobb før Eva ble født. Hun sa opp jobben som markedsfører, fordi kravene til arbeidstid og reiser ikke lot seg kombinere med de behov Eva hadde for hjelp og støtte. Bente startet sitt eget firma med hjemmekontor. Den nye arbeidssituasjonen medførte betydelig nedgang i inntekt. Hans jobber desto mer enn før for å kompensere for Bentes reduserte inntekt.

Ekteskapet, som hadde fungert godt i årene før de fikk Eva, ble etter hvert utsatt for store belastninger. Ekteparet hadde lite tid til hverandre og begge var misfornøyd med situasjonen. Hans var sliten av å jobbe så mye og ønsket seg mer tid hjemme med barna. Bente ble sliten av å være Evas advokat og kjempe for Evas rettigheter som fysioterapi, spesialundervisning, økonomisk støtte og tekniske hjelpemidler. Hun følte også at hun ofret mye av sin egen yrkeskarriere, og savnet samvær med venner og kollegaer.

Da det ble opprettet et eget lærings- og mestringssenter ved habiliteringstjenesten de soknet til, kom de i kontakt med andre familier i samme situasjon. De ble med i en foreldreforening. Gjennom samtaler med andre foreldre og faglige møter på senteret, fikk de mer kunnskap om hva Eva kunne trenge av hjelpetiltak. De følte seg sterkere i omsorgsrollen og søkte kommunen om å få en avlastningsfamilie der Eva kunne være en gang i måneden.

Før hadde de ikke hatt samvittighet til å "sende Eva fra seg", men nå trodde de at avlastning en helg i måneden ville være et gode både for Eva og resten av familien. Det var også en lettelse da det ble besluttet å lage en individuell plan for datteren. Koordinator for oppfølging av planen ble fysioterapeuten til Eva. Hun tok over en del av ansvaret Bente hadde tatt med å koordinere de ulike tjenestene rundt Eva som skoletilbudet, den fysiske behandlingen, tjenester fra habiliteringssenteret og barneavdelingen på sykehuset.

18 St.meld. nr.40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, side 128-131

19 Familieprosjektet, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, epost : lms@aker-sykehus.no

En individuell plan kan være et godt virkemiddel for funksjonshemmede barn som trenger langvarige og koordinerte tjenester, for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav om medbestemmelse, selvstendighet, respekt og ivaretagelse av grunnleggende behov.

Eksempel 6 viser en person som med bakgrunn i tidligere rusmisbruk som har fått utarbeidet en individuell plan som blant annet inneholder bistand fra den kommunale psykiatritjenesten og sosialtjenesten:

Eksempel 6:

Frode Fredriksen er 28 år og hadde hatt merkelappen tung rusmisbruker de siste ti årene. Livet hans hadde vært preget av rus, det var mye alkohol i barndomshjemmet. Selv hadde han startet tidlig med et høyt alkoholforbruk og etter hvert også tyngre narkotika. Han hadde i gode perioder gått på snekkerlinje på videregående skole, vist både interesse og gode evner, men han hadde ikke gjennomført lærlingetiden. Han var nå motivert for et rusfritt liv og var inkludert i et opplegg for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Han visste at det var lite som skulle til før han droppet ut av opplegget. Livet hadde vært preget av en serie nederlag og avvisninger. Selvtilliten var minimal og nesten alle vennene han hadde var knyttet til rusmiljøet. Når han ble spurt om hva han trodde skulle til for at han skulle lykkes svarte han; Jeg trenger jobb eller lærlingeplass, bolig der det er personale som følger opp, helst bare én fast kontaktperson fra hjelpeapparatet, rusfrie venner og kanskje hjelp til å håndtere økonomien.

Han fikk Gunnhild Gundersen fra kommunens psykiatriteam som sin faste kontaktperson. Hun var koordinator for den individuelle planen til Frode Fredriksen. Det var en ansvarsgruppe som utarbeidet planen. Ansvarsgruppen besto av en rådgiver fra sosialkontoret i tillegg til Frode Fredriksen og Gunhild Gundersen. Rådgiveren hadde ansvar for å hjelpe med økonomi og bolig. En sykepleier fra hjemmetjenesten som hadde ansvaret for utdeling av metadon og for urinprøvetakning.

Frode Fredriksen opplevde det som viktig og positivt at han selv fikk en aktiv rolle i planarbeidet og at hans behov og ressurser dannet grunnlaget for de målene som både han selv og de involverte fagpersonene var forpliktet til å følge opp. Han likte at det ble satt klare rammer og krav, og at de samtidig hadde respekt for ham som person og tro på at han kunne klare å få et rusfritt liv. Ved egen innsats fikk han lærlingeplass og klarte å avslutte fagbrev som snekker.

Eksempelet viser hvordan denne unge mannen trengte innsats fra ulike fagpersoner. For tjenestemottakeren er det ikke nok at den enkelte fagperson er dyktig på sitt område. Tjenestene fagpersonene gir må inngå i en helhetlig sammenheng og være i tråd med de mål brukeren har vært med på å sette. Samordning, samarbeid og konkret oppfølging er derfor alfa og omega.

Ansvar for at kravene i kvalitetsforskriften overholdes og gis et konkret innhold, ligger både på ledernivå og på den enkelte ansatte. Ledelsen har ansvaret for at det utarbeides skriftlige prosedyrer som ivaretar kravene i kvalitetsforskriften. Den enkelte ansatte har et selvstendig faglig ansvar for den tjenesten de yter, og må følge de prosedyrene som er besluttet.

(Se nærmere om regelverket i kapitlene 1 - 3.)



En individuell plan krever tverrfaglig samarbeid

4.6 Det skal lages hensiktsmessige prosedyrer

Både kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften for helse- og sosialtjenester og internkontrollforskriften for helse-, miljø- og sikkerhet stiller krav til at det skal utarbeides et system av prosedyrer²⁰. For ledere i helse- og sosialtjenesten kan det være hensiktsmessig å ha et mest mulig likt system for å oppfylle kravene i disse tre forskriftene. Systemkravene går igjen og er til dels overlappende. I internkontrollforskriften § 4 er det listet opp åtte punkter med krav til innholdet i internkontrollsystemet (se vedlegg 1). Disse punktene anbefales å ha med seg når man skal utvikle et system av prosedyrer etter kvalitetsforskriften. Virksomheten skal blant annet sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter, og at de medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes i internkontrollarbeidet.

Utvikling av et system av prosedyrer etter kvalitetsforskriften er en del av virksomhetens helhetlige internkontrollsystem.

4.7 Hva innebærer "et system av prosedyrer"?

Et system av prosedyrer vil si at virksomheten dokumenterer hvordan kvalitetsforskriften overholdes. Prosedyrene skal være lett tilgjengelig både for de ansatte og for tilsynsmyndighetene. (Se vedlegg 4 Eksempel – Prosedyre)

En prosedyre kan være alt fra en enkel sjekklister, til en mer åpen beskrivelse av rammene for hvordan vi skal legge til rette for individuelt tilpassede tjenester. Det kan for eksempel være prosedyrer for behandling av søknad om avlastningsopphold eller omsorgslønn.

²⁰ Forskrift om internkontroll for helse-, miljø- og sikkerhet, www.lovdatab.no

Prosedyren kan inneholde hvilke opplysninger som skal innhentes, når og hvordan hjemmebesøk gjennomføres, og hvilke kriterier som skal ligge til grunn for vurderingen. Prosedyren bør inneholde en mal for vedtak, brukerinformasjon og henvisning til lovverket. Eksempler på ordlyd i vedtak og oversikt over lover og forskrifter knyttet til saksbehandling finnes i heftet "Veileder i saksbehandling og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten"²¹. Veilederen gir en ramme, og innenfor denne rammen skal saksbehandleren utøve sitt faglige skjønn. En prosedyre kan også være en beskrivelse av hvordan man skal gjennomføre utdeling av metadon og urinprøver av personer som er inne i et opplegg for lege-middelassistert rehabilitering (LAR). En person i et LAR-opplegg er avhengig av at de ansatte kjenner til reglene og følger de til punkt og prikke. Denne typen prosedyrer gir kanskje mindre rom for faglig skjønn.

En prosedyre for en verdig avslutning av livet vil derimot innebære at de ansatte er trent til å samhandle med den døende og pårørende for å legge til rette for trygghet og verdighet på pasienten og familiens premisser. Det finnes ikke en fast standard i en slik situasjon, prosedyren vil være mer åpen for ulike løsninger og vektlegge opplæring av ansatte. En slik prosedyre kan også innebære at feil eller avvik skal tas opp i en refleksjonsgruppe eller en veiledningsgruppe slik at vi lærer av erfaring, og at vi har rom for å bearbeide egne reaksjoner når en pasient dør.

Eksempel 7 – Mal for prosedyrer

Prosedyrer bør ha visse fellestrekk. Det anbefales å benytte en felles prosedyremal.

Forslag til sjekkliste for hva som bør være med i en prosedyre:

- Hensikten med prosedyren
- Når prosedyren ble utarbeidet og når den skal revideres.
- Hvem som har godkjenningmyndighet. Prosedyren bør være signert av den som har godkjenningmyndighet.
- Hvem prosedyren omfatter. (Gjelder prosedyren for eksempel alle beboere på sykehjemmet, eller en mindre gruppe slagpasienter.)
- Henvisning til aktuelle lover og forskrifter på området. (Dersom prosedyrene er lagt ut på intranettet i kommunen, er det en fordel at det er en link til den aktuelle lov eller forskrift i lovdata - www.lovdata.no).
- Prosedyren skal gi en konkret beskrivelse av hva som skal gjøres.
- Dersom prosedyren inneholder krav til måling, skal det framgå hvilke indikatorer for kvalitet som skal måles og hvordan og hvor ofte målinger skal gjøres.
- Prosedyren skal beskrive hvordan feil og avvik meldes, behandles og følges opp.

4.8. Indikatorer for kvalitet

Når vi skal beskrive kvaliteten på en tjeneste er det nødvendig med visse målbare kjennetegn eller indikatorer for kvalitet. Hva skal for eksempel til for at vi har tilpasset hjelp ved måltider og ro til å spise på sykehjemmet? Finnes det ett svar på dette, eller vil det avhenge av den enkelte beboers behov? Noen beboere ønsker muligens å spise alene på rommet sitt. De føler det kanskje ubehagelig å være sammen med andre som trenger mye hjelp for å spise. Andre beboere vil tvert i mot føle at appetitten er best når de sitter rundt et bord sammen med andre. En prosedyre må derfor innebære at vi kartlegger den enkeltes

²¹ Veileder i saksbehandling og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten (2003) IS-1040, Sosial- og helsedirektoratet

ønsker, behov og ressurser. Dette kan ikke gjøres en gang for alle, situasjonen kan forandres fra dag til dag for den enkelte. Dette er subjektive indikatorer på kvalitet. Det er også en del objektive krav som blant annet Mattilsynet kontrollerer. Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (IK-mat) stiller krav til storkjøkken som må overholdes. Selv om opplevelse av kvalitet i forbindelse med måltider er subjektive kan noen indikatorer være felles for de aller fleste, for eksempel:

- et pent dekket bord
- valgfri drikke til maten
- valgfrihet med hensyn til når du vil spise
- tilbud om mellommåltider for de som ønsker det
- tilgang til drikke når du ønsker det
- næringsrikt og variert kosthold
- eventuelt mulighet for valg av middagsmeny
- overholdelse av kravene til IK-mat^{22 23}

En måte å kontrollere om brukerne får tilpasset hjelp ved måltider og ro til å spise kan være en undersøkelse blant beboerne og pårørende. Det kan også være i form av et evalueringsmøte på avdelingen der beboere og ansatte samtaler om dette temaet. (Se avsnitt 3.5 om brukermedvirkning i forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie.)

Det anbefales at vi innenfor en virksomhet har et fagmøte/fellesmøte i personalgruppen der vi gjennomgår kvalitetsforskriften og vurderer hvordan vi kan sikre at de 16 punktene i kvalitetsforskriften og andre grunnleggende behov overholdes og konkretiseres. Det kan for eksempel nedsettes kvalitetsgrupper som får ansvar for å utvikle et forslag til prosedyre innenfor konkrete områder av kvalitetsforskriften.

Som nevnt er det inngått en avtale mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. Avtalen sier blant annet at partene i fellesskap vil "arbeide for å kome fram til gode kvalitetsindikatorar og system for å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Dette inneber å utvikle kvalitetsindikatorar, gjennomføre brukarundersøkingar og ta i bruk andre reiskapar for kvalitetsutvikling" ²⁴. Men hver kommune må også finne sine indikatorer for kvalitet som de ønsker å måle. Noen lager nettverk mellom kommuner for å lære av hverandre. Det tidligere omtalte effektiviseringsnettverket i KS er et eksempel på slikt samarbeid. (Se avsnitt 4.4 Brukerundersøkelser)

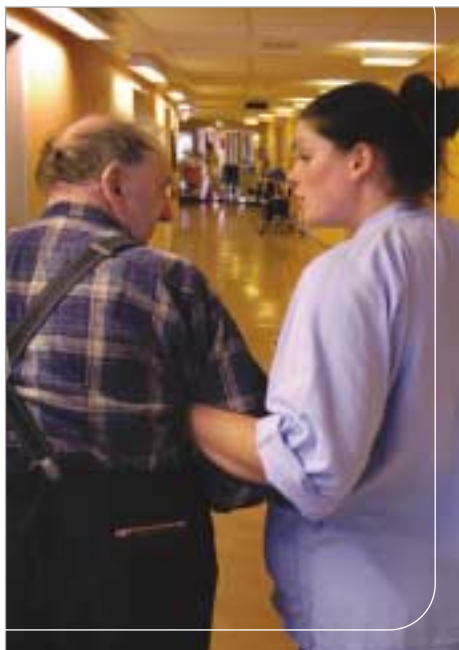
Et annet tiltak for å bedre kvaliteten i helse- og sosialtjenestene er etableringen av IPLOS-prosjektet. IPLOS er systematisk standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og tjenestemottakere, et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og sentrale myndigheter. IPLOS vil inneholde blant annet opplysninger om boforhold, funksjonsevne og type og omfang av tjenester ²⁵.

22 Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (IK-mat), trådte i kraft 01.01.1995, les mer på www.mattilsynet.no

23 Les mer om ernæring på www.shdir.no - informasjonsmaterieill om ernæring og fysisk aktivitet

24 Hele avtaleteksten i Stortingsmelding 45, Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene, side 27

25 IPLOS-prosjektet kan kontaktes på e-post iplos@shdir.no Se også to brosjyrer om IPLOS med bestillingsnummer IS-1112 og IS-1115, Sosial- og helsedirektoratet.



Beboere og ansatte på bo- og behandlingssenter



4.9 Serviceerklæringer

En serviceerklæring er en forpliktende erklæring som kommuniserer til brukerne og pasientene hvilke tjenester og servicenivå de kan forvente. Serviceerklæringen beskriver gjerne hvilke kriterier som må oppfylles for å motta tjenester og hvilke forventninger tjenestestedet har til brukerne av disse tjenestene. En serviceerklæring kan være et eksempel på en skriftlig nedfelt prosedyre som eksempel 8 viser.

Gjennom en serviceerklæring kan kommunen formidle til tjenestemottakerne og pårørende hvordan brukermedvirkning ivaretas og hvordan man sikrer at de grunnleggende behov dekkes. I det påfølgende eksempel ble en serviceerklæring et viktig tiltak i arbeidet for å overholde kvalitetsforskriften.

Eksempel 8:

Personalet i Strand bofellesskap, et bofellesskap for syv personer med utviklingshemming, var samlet til arbeidsseminar. Det var kvalitetsforskriften som sto på dagsorden. Alle ansatte hadde i forkant lest forskriften og var godt forberedt. Ved hjelp av en idé-dugnad kartla de hvordan de mente at kvalitetsforskriften ble ivaretatt på deres arbeidsplass. De konkluderte på følgende måte:

Intensjonene i forskriften følges i det store og det hele av de fast ansatte, men vi mangler systemer for dokumentasjon og opplæring av nyansatte. Dermed vil brudd på forskriften ikke bli registrert eller tatt opp.

Teamlederen foreslo at de utarbeidet en handlingsplan som både beskrev et felles system for hele boligen, en beskrivelse av "slik gjør vi det hos oss", og et konkret opplegg for individuell plan for hver enkelt beboer, slik at forskriften blir ivaretatt overfor den enkelte.

De ansatte i boligen dannet arbeidsgrupper og hadde en prosess i noen måneder som resulterte i et felles, skriftlig nedfelt verdigrunnlag. Det ble laget en serviceerklæring som beskrev hvordan verdiene skulle synes i praksis. Forslaget til serviceerklæring ble fremlagt for beboerne og deres pårørende på et brukermøte. Alle ble oppfordret til å komme med innspill og synspunkter på utkastet til serviceerklæring. I tillegg laget de prosedyrer, der de gikk helt konkret til verks og beskrev hvordan måltidene skulle tilrettelegges, hvordan de skulle møte nye beboere, hva det innebar å ivareta brukernes rett til privatliv m.m.

De ba beboerne og deres pårørende om å beskrive hva som var viktig for at behovene deres ble ivaretatt, og hvordan de ønsket å få ivaretatt medbestemmelse og selvbestemmelsesrett. I tillegg laget de et spørreskjema som de ba beboere og pårørende fylle ut sammen.

Teamleder gjennomgikk svarene sammen med hver enkelt beboer og den pårørende, og de ble enige om hvilke endringer som skulle gjøres. Det viste seg at flere var misfornøyde fordi de ikke hadde en individuell plan. De sa også at det var noen av de ansatte som ikke kjente brukeren, som førte til at kvaliteten på tjenesten varierte. Noen ansatte var flinke til å gi hjelp til selvhjelp, andre tok mer over og nærmest umyndiggjorde beboeren.

Det ble utarbeidet individuelle planer for alle beboerne, så langt det var mulig innenfor boligens ressursrammer. Teamlederen la også opp en opplæringsplan, slik at alle ansatte skulle kjenne til og praktisere verdigrunnlaget i boligen og intensjonene i kvalitetsforskriften. Dette inngikk som en del av kvalitetssystemet og alle ansatte måtte signere for gjennomgått opplæring.

Etter seks måneder fulgte de opp med nytt brukermøte og ny samtale med den enkelte beboer og pårørende, for å kontrollere at de hadde oppnådd de målene de hadde satt seg. De ble sammen enige om hva som måtte korrigeres.

(Spørreskjemaet og serviceerklæringen fra Strand bofellesskap - se vedlegg 2 og 3.)

4.10 Prosedyrer og faglige retningslinjer for å ivareta grunnleggende behov

De 16 punktene i kvalitetsforskriften lister opp eksempler på viktige, grunnleggende behov som skal sikres. Dette er ikke en uttømmende liste over alle forhold som skal legges til rette i pleie- og omsorgstjenestene.

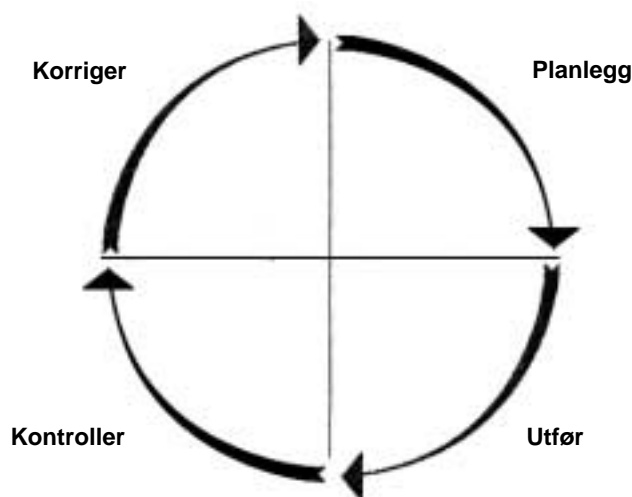
Hvordan skal vi lage prosedyrer som sikrer at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet? Er det i det hele tatt mulig å møte så individuelle følelser og behov med en skriftlig prosedyre? Det finnes ikke entydige svar på disse spørsmålene. Men samtidig er det en rekke forhold vi kjenner som kan legge grunnlaget for skriftlige prosedyrer slik at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet.

Disse forholdene kan være:

- At det er systemer for å spørre brukere og pårørende om hva som skal til for at de opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og hvor fornøyde de er.
- At vi har klare systemer for hvordan brukermedvirkning på individ- og systemnivå gjennomføres.
- At brukerne blir møtt av fagpersoner som har den nødvendige faglige og menneskelige kompetansen.
- At ansatte praktiserer gode holdninger.
- At virksomheten har et program for opplæring og utvikling av personalets kunnskap og kompetanse.
- At det er et godt arbeidsmiljø.
- At de fysiske rammene som utstyr, møbler, arkitektoniske løsninger og utearealer er gode.
- At de ansatte har en arena for refleksjon og får mulighet til å analysere feil som er begått.

Det er ikke intensjonen at vi skal ha én prosedyre for hver av de 16 punktene, en prosedyre kan dekke flere punkter, men til sammen skal prosedyrene ivareta alle punktene.

Rigide prosedyrer kan virke hemmende på den individuelle tilpasningen av tjenestene. Arbeidet med kvalitet skal være en kontinuerlig prosess. Her kan prosessen i Demings kvalitetssirkel være en nyttig måte å arbeide kontinuerlig med å forbedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Demings sirkel viser en kontinuerlig prosess, der vi først planlegger et forbedringstiltak, gjennomfører planen, for så å kontrollere resultatene og deretter korrigerer praksis på ny. Ny praksis får konsekvenser for den videre planleggingen, slik fortsetter vi en kontinuerlig utviklingsprosess²⁶.



²⁶ Demnings sirkel etter amerikaneren Edward Deming. Han er en sentral person innenfor kvalitetsutvikling, særlig i næringslivet, men modellene hans er også brukt i kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten. *Out of the the Crisis* (1986), Deming W.E., Cambridge University Press

Demings kvalitetssirkel har en enkel logikk som kan benyttes i arbeidet med å utvikle konkrete prosedyrer etter kvalitetsforskriften, for eksempel på følgende måte:

Planlegge prosedyrer

I det innledende planleggingsarbeidet vurderer og beskriver vi nå-situasjonen i den aktuelle tjenesten. Vi beskriver hvordan nå-situasjonen er i forhold til de 16 punktene i forskriften og i forhold til medbestemmelse og selvbestemmelsesrett. Hvilke områder er tilfredsstillende ivaretatt og hva er ikke tilfredsstillende? Sjekk ut både i forhold til ansatte, brukere og pårørende. Her kan vi benytte brukerundersøkelser eller søkekonferanser der det er egnet. (Se avsnitt 4.4 Brukerundersøkelser)

Konklusjonene bør skriftliggjøres som en del av dokumentasjonen i internkontrollsystemet. Når nå-situasjonen er kartlagt, beskrives hvordan en ønsket situasjon skal være og så legger en plan for hvordan dette skal oppnås. Planen bør inneholde hva som skal gjøres, hvem som har ansvaret og tidsfrister. En del av denne planen kan være å utarbeide de nødvendige prosedyrene og hvilke indikatorer som skal benyttes for å måle resultatene.

Utføre prosedyren

I denne fasen gjennomføres endringene. Det kan for eksempel være opplæring av ansatte, iverksetting av de nye prosedyrene eller forandringer i de fysiske rammebetingelsene. Når dette har virket en stund bør resultatene måles og vurderes.

Kontrollere resultatet av prosedyren

Nå-situasjonen vurderes på nytt. Har vi nådd de målene vi satte? Har planen hatt den ønskede effekt? Både ansatte, brukere og eventuelt pårørende bør være med i denne vurderingen. Dette kan gjøres ved å måle de ulike kvalitetsindikatorer, ved spørreskjema eller andre former for brukerundersøkelser og brukermedvirkning.

Korrigere prosedyren

Dersom det er klare avvik fra ønsket situasjon må disse korrigeres. Det legges en ny plan for å rette opp manglene. På denne måten skjer det en kontinuerlig kvalitetsforbedring av tjenestene og prosedyrene som er knyttet til dem.

De 16 punktene i kvalitetsforskriften dekker mange ulike områder. Noen av punktene er helt objektive kriterier som er lette å måle og korrigere, som kravet om enerom for alle som ønsker det ved langtidsopphold. Andre punkter i forskriften gir rom for ulike synspunkter, for mer subjektive kriterier. Hva er kravet til "en verdig livsavslutning" eller hva skal til for å oppleve "ro og skjermet privatliv"? Når disse verdiene skal imøtekommes spiller både virksomhetens verdigrunnlag og den enkelte ansattes livserfaringer, verdier og empatiske evner inn.

Faglige retningslinjer

På noen områder kan en faglig retningslinje være til hjelp. I helsepersonelloven legges det et ansvar på både den enkelte helsearbeider og på arbeidsgiver for å sikre en faglig forsvarlig helsetjeneste. For å sikre at helsetjenesten har et tilfredsstillende kvalitetsnivå, kan det utarbeides kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Behovet for nødvendig tannbehandling og tannhygiene kan for eksempel være et område der det kan være hensiktsmessig å lage en faglig retningslinje.

Hvordan faglige retningslinjer kan utarbeides er beskrevet i veilederen *Retningslinjer for retningslinjer*. I denne veilederen har man trinn for trinn beskrevet prosessen med å lage faglige retningslinjer for helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet bistår helsetjenesten i dette arbeidet²⁷. Godkjente retningslinjer kan danne en nasjonal standard innenfor sitt område. I følge *Retningslinjer for retningslinjer* er det to kriterier som taler for å utvikle nasjonale retningslinjer:

1. Temaet beskriver et område av helsetjenesten der det er faglig uenighet om valg av diagnostikk, utredning, behandling eller pleie som medfører uhensiktsmessig stor variasjon i praksis.
2. Temaet gjelder et område der hensynet til rettferdig og likeverdig håndtering av tilstanden står sentralt, uavhengig av bosted, kjønn, alder eller organisering av helsetjenesten²⁸.

4.11 Samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten

Mange er avhengig av assistanse og hjelp fra både fastlege, pleie- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på tjenestene vil ofte være avhengig av hvor godt dette samspillet fungerer. De ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, fastlegene i kommunene og spesialisthelsetjenesten er gjensidig avhengige av hverandre for å yte gode tjenester. Fastlegen er blant annet avhengig av at epikrisen kommer raskt etter et sykehusopphold. Pleie- og omsorgstjenesten er avhengig av et nært samarbeid med fastlegen ved administrasjon av pasientens medisiner. Både fastlegen og pleie- og omsorgstjenesten har behov for råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten for eksempel ved smertelindring for kreftpasienter, bruk av hjemmerespirator og ved håndtering av personer med for eksempel sterkt utagerende atferd.

Spesialisthelsetjenesten på sin side trenger et godt samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen ved inn- og utskriving av pasienter. God samhandling og kommunikasjon, samt gjensidige rutiner, er nødvendig. Individuell plan kan komme inn som et verktøy i dette samspillet. En slik plan har gjerne et mer langsiktig perspektiv, og er ikke nødvendigvis et like egnet verktøy ved raske inn- og utskrivninger i forhold til sykehus. Praksiskonsulentordningen er et annet virkemiddel. I denne ordningen er fastleger eller sykepleiere fra kommunens pleie- og omsorgstjenester ansatt i en liten stilling ved sykehuset, for å øke samarbeidet og overføring av kompetanse mellom sykehus og kommune. Gjensidig hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten i kommunen kan også bedre samarbeidet.

Eksempel 9 viser hvordan en ung kvinne med en psykisk lidelse er avhengig av godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlege og kommunens psykiatritjeneste.

²⁷ Les mer på nettstedet www.kikk.no, KIKK har som mål å bidra til at beslutninger i Sosial- og helsedirektoratet og kommunetjenesten baseres på pålitelig kunnskap

²⁸ Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer (2002). IK 2653, revidert utgave. Statens helsetilsyn

Eksempel 9:

Eva Eriksen er 23 år. Hun flyttet til en studenthybel Oslo da hun var 20 år og startet å studere på universitetet. Etter store familiære belastninger ble hun mentalt syk og gikk inn i en psykotisk tilstand. En av hennes medstudenter slo alarm da hun fant Eva Eriksen i en forkommen tilstand på hybelen. Hun ble innlagt på psykiatrisk sykehus. På sykehuset startet arbeidet med en individuell plan for Eva Eriksen. Planen ble utarbeidet av en ansvarsgruppe bestående av psykiatrisk sykepleier Kjersti Moen i bydelens psykiatritjeneste, en psykiater fra sykehuset og fastlegen til Eva Eriksen. Kjersti Moen ble koordinator for planarbeidet.

Eva Eriksen ønsket å ta opp igjen studiene, flytte tilbake til studenthybelen og greie seg mest mulig selv. I den individuelle planen ble det satt mål og fordelt ansvar. Fastlegen fikk ansvaret for oppfølging av medisineringen. Kjersti Moen skulle følge Eva Eriksen opp med støttesamtaler og hjemmebesøk. Det ble avtalt at Kjersti Moen kunne kontakte fastlegen dersom Eva Eriksen viste tegn til psykose. For både fastlegen og Kjersti Moen var det viktig å ha tilgang på råd og veiledning fra sykehusets psykiatritjeneste. Eva Eriksen fikk vite at hun ville få samtale med psykiateren, og at hun hadde mulighet for innleggelse på sykehuset dersom hun ble dårlig igjen.

Sykdommen hadde medført sosial isolasjon, det lille nettverket hun hadde opparbeidet var svakt. Kjersti Moen inviterte Eva Eriksen med i en støttegruppe bestående av seks ungdommer i samme situasjon. Gruppen møtes hver uke. En gang i måneden har de gruppesamtale, de andre gangene går de for eksempel på kino, kafé eller svømmer sammen.

4.12 Refleksjon og ettertanke

Som nevnt er ikke alle problemstillinger egnet for å utarbeide prosedyrer. I helse- og sosialtjenesten står vi daglig i vanskelige etiske problemstillinger som krever godt samarbeid og evne til etisk refleksjon. Det er mange vanskelige beslutninger og avveininger som må gjøres. Beslutninger som når det er riktig å stoppe en livsforlengende behandling, eller når det er rett å iverksette tvangstiltak. Det er spørsmål der det ikke finnes enkle eller klare svar. Men en beslutning må være basert på en grundig avveining av alle sider ved saken, der også brukeren og de pårørende blir hørt. Slike etiske utfordringer krever nær dialog mellom alle berørte, slik at en unngår å ta for kjappe avgjørelser. I ettertid må vi gi rom for ettertanke. Hvordan virket beslutningen vi fattet, klarte vi å gjennomføre det slik vi var enige om? Oppnådde vi de konkrete målene vi hadde satt, og hva kunne vi gjort annerledes?

Det bør lages arenaer for refleksjon og ettertanke. Det kan for eksempel være en rutine at det i forbindelse med spesielt vanskelige avgjørelser settes ned en gruppe som drøfter gjennom problemene før beslutningen fattes. I denne prosessen må alle relevante synspunkter bli hørt og vurdert før beslutninger fattes. Tilsvarende bør det være arenaer for samtale om erfaringene i ettertid. Refleksjon og ettertanke mellom kollegaer, dialog mellom tjenesteyter, brukeren og de pårørende, gir ny innsikt og forståelse for den videre tjenestetilrettelegging. Dette kan være med på å forebygge utbrenthet.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Fastsatt ved kgl.res. 20. desember 2002 med hjemmel i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlige tilsyn med helsetjenesten § 7, lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 16 andre ledd, lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a, lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten § 1-3a, lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a fjerde ledd. Fremmet av Helsedepartementet.

§ 1. Formål

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

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder de virksomheter som omfattes av helselovgivningen og er pålagt internkontrollplikt etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og de andre virksomheter som er pålagt slik plikt etter lov om sosiale tjenester kap. 4 og 6A, jf. § 2-1.

§ 3. Internkontroll

I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

§ 4. Innholdet i internkontrollen

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 overtreddelse 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.

§ 5. Dokumentasjon

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.




Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 6. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2003.

Vedlegg 2

Eksempel – Skjema for brukerundersøkelse

Spørreskjema til beboere og pårørende i Strand bofelleskap	 Misfornøyd?	 Middels fornøyd?	 Fornøyd
<i>Føler du at personale møter deg med respekt?</i>			
<i>Hvordan er du fornøyd med samarbeidet mellom de forskjellige ansatte og fagpersoner som du får hjelp av?</i>			
<i>Hvordan er du fornøyd med din mulighet for å bestemme over det som gjelder deg og ditt liv?</i>			
<i>Hvordan er du fornøyd med måltidene?</i>			
<i>Får du hjelp til å klare deg selv?</i>			
<i>Hvis misfornøyd, hva kan gjøres bedre?</i>			
<i>Er du fornøyd med tannbehandling og hjelp til å holde tennene rene?</i>			
<i>Hvordan er du fornøyd med dagaktivitetene?</i>			
<i>Hvordan er du fornøyd med legetjenesten du får?</i>			

Hvis det er noe du ønsker annerledes, vennligst noter dette på baksiden av arket.

Eksempel – Serviceerklæring

SERVICEERKLÆRING FOR STRAND BOFELLESSKAP

Målsetting for Strand bofellesskap:

Strand bofellesskap skal være et godt sted å leve og å bo.

Beboerne skal leve et så selvstendig liv som mulig, der de får utvikle sine ressurser som individuelle mennesker i samspill med andre.

Dette kan du som beboer forvente av oss som arbeider ved Strand bofellesskap:

- *Vi viser respekt for deg og ditt privatliv. Din leilighet er ditt private område. Når vi er hos deg for å yte hjelp og bistand, oppfører vi oss som gjester i ditt hjem. Vi er aldri i din leilighet hvis ikke du er til stede.*
- *Vi hjelper deg å innrede leiligheten din med dine egne møbler og ting, slik du liker å ha det.*
- *Du bestemmer over ditt liv, og avgjør selv din døgnrytme innenfor rammen av de avtaler vi inngår.*
- *Dersom du ønsker det, utarbeider vi sammen din individuelle plan. Dersom det er ønskelig deltar også pårørende og/eller hjelpeverge.*
- *Vi skal gi deg støtte og hjelp til å nå de målene du og evt. din pårørende og/eller hjelpeverge har satt i samarbeid med fagpersonell.*
- *Du får en fast kontaktperson som har hovedansvaret for den hjelpen du trenger og som er kontaktleddet til pårørende, hjelpeverge og fastlege.*
- *Vi etterspør hvordan du ønsker at vi skal hjelpe deg og hvordan du er fornøyd med de tjenestene du får.*
- *Du kan ta opp ting du ikke er fornøyd med i samtale med din kontaktperson eller teamleder for boligen. Teamleder er tilgjengelig for samtale for beboere, pårørende og hjelpeverge hver torsdag i tiden mellom kl. 13 og kl.17. Passer ikke denne tiden avtaler vi et annet tidspunkt.*
- *Du inviteres hvert halvår på et brukermøte der du og evt. pårørende og hjelpeverge kommer med tilbakemeldinger og ideer for driften av bofellesskapet.*
- *Vi er her for å være til assistanse og hjelp for deg på dine premisser.*

Dette forventer vi av deg og evt. pårørende og hjelpeverge

- *Du viser hensyn til de andre beboerne i bofellesskapet og overholder husordensreglene.*
- *Du følger opp de målene som er satt i din individuelle plan.*
- *Du gir oss tilbakemeldinger slik at vi sammen kan gjøre en best mulig jobb.*

Vedlegg 4

Eksempel - prosedyre

PROSEDYRE FOR IVARETAKELSE AV GRUNNLEGGENDE BEHOV FOR BEBOERNE I STRAND BOFELLESSKAP

Prosedyren er godkjent av leder for bofellesskapet 1.1.2004. Skal revideres 1.1.2005.

1. Formål

Prosedyren skal sikre at alle beboere så langt det er mulig opplever at de har selvbestemmelse over eget liv og får dekket sine grunnleggende behov. Bofellesskapet skal være et godt sted å leve og bo.

2. Målgruppe

Prosedyren gjelder alle ansatte.

3. Beskrivelse

	Ansvarlig
<p>Beboernes leiligheter er deres private område, dette innebærer at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vi ringer på og venter på svar før vi går inn. • vi går ikke inn i leiligheten når ikke beboeren er hjemme. • vi viser respekt for beboerens privatliv og private ting. • det er beboerne som bestemmer hvordan de vil ha det hos seg selv, vi kan være rådgivere når de ønsker det. • beboerne har besøk av hvem de vil når de selv ønsker det. • vi bidrar til at alle beboerne viser hensyn til hverandre og etterfølger husordensreglene. 	Alle ansatte
<p>Beboerne skal ha en fast kontaktperson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beboerne får faste kontaktpersoner, de har anledning til å bytte når de ønsker det. • beboerne skal forspørres om hvem de ønsker som kontaktperson, teamleder har ansvaret for tildeling og skal så langt som mulig ta hensyn til beboerens ønske. • det er en egen instruks for kontaktpersonens ansvar, alle ansatte skal kjenne til denne instruksjonen. 	teamleder
<p>Alle beboerne skal ha en individuell plan (IP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • som hovedregel er kontaktpersonen også koordinator for IP. • IP plan utarbeides etter retningslinjene i kommunen og i fellesskap med beboeren, evt. pårørende/hjelpeverge og involverte fagpersoner. • IP plan skal bygge på beboerens ressurser og målsetninger og med tanke på å oppnå størst mulig selvstendighet. • IP plan skal evalueres og korrigeres jevnlig, minst to ganger i året. 	Beboerens kontaktperson

<p>Alle beboere skal få tilbud om et tilrettelagt dagtilbud som passer for dem. I samarbeid med beboeren og evt. pårørende/hjelpeverge samt leder for tilrettelagt arbeid i kommunen, legges det til rette for et passende dagtilbud.</p>	<p>Leder for tjenesten tilrettelagt arbeid /dagtilbud</p>
<p>Alle beboere skal ha et fritidstilbud hvis de ønsker det. I samarbeid med beboeren og evt. pårørende/hjelpeverge samt leder for tilrettelagt arbeid i kommunen, legges det til rette for å delta på fritidsaktiviteter som beboeren har lyst til å være med på.</p>	<p>Koordinator for den individuelle planen i samarbeid med kulturkontoret</p>
<p>Alle beboere skal få ivaretatt sine fysiologiske behov og ha et variert og godt kosthold.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beboerne lager mat under veiledning i sin egen leilighet. • En gang i uken er det fellesmiddag for de beboere som ønsker det. • Beboerne skal få nødvendig veiledning og hjelp til personlig hygiene. Målet er hjelp til selvhjelp. • Kontaktpersonen har ansvar for å påse at beboernes fysiologiske behov er ivaretatt hvis de ikke fullt ut kan ivareta det selv, herunder kontakt med fastlege mht medisiner og annen behandling. • Beboerne skal sikres årlig kontroll hos tannlege og veiledning og hjelp til daglig tannstell hvis de trenger det. Se egen prosedyre for munnhygiene. 	<p>Alle ansatte. Kontaktpersonen har kontakten med fastlegen og tannlegen dersom beboeren eller hjelpeverge ønsker det.</p>
<p>Beboerne skal ha medbestemmelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beboerne evt. hjelpeverge er delaktige i utarbeiding og evaluering av IP. • Vi etterspør beboernes meninger og ønsker i de daglige gjøremål. • Vi gjennomfører halvårslige brukermøter der brukere og evt. pårørende/hjelpeverger kommer med synspunkter og ideer til driften av bofellesskapet. 	<p>Alle ansatte. Teamleder innkaller og leder brukermøtene</p>

Avviksbehandling, korrigerende og forebyggende tiltak

Avvik skrives på avviksskjema og leveres teamleder. Avvik drøftes på personalmøte.

Dokumentreferanser

Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, www.lovddata.no

Forskrift og veiledning Individuell plan, www.lovddata.no

Forskrift for internkontroll i helse- og sosialtjenesten, www.lovddata.no

Serviceerklæringen for bofellesskapet,

Prosedyre for munnhygiene,

Prosedyre for kontaktpersoners ansvar,

Prosedyre for gjennomføring av brukermøter

Veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeides innenfor helse- og sosial-
faglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige
spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold.
Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no
ISBN 82-8081-054-4