HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Internserien 12/2010
Utgitt av Statens helsetilsyn

Landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre 2010

Tilsyn med kommunenes tiltak for å identifisere, utrede og følge opp hjemmeboende eldre med demenssykdom, herunder samarbeid med fastlegene

Målgruppe: Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylket

Godkjent av: avdelingsdirektør Richard H Knoff, 25. februar 2010

31. august 2012: Denne veilederen er utarbeidet etter regelverket som gjaldt på tidspunktet da den ble godkjent. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. januar 2012. Det medførte nye og endrede forskrifter og endringer i enkelte andre lover.

Innhold

1 Innledning ... 3

2 Tilsynets innretning og avgrensninger ... 3

3 Generell lovgivning ... 4

3.1 Nærmere om kravene til tjenestenes innhold ... 5

3.1.1 Sosiale tjenester ... 5

3.1.2 Helsetjenester ... 6

3.2 Tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter ... 7

3.3 Dokumentasjon ... 8

4 Kommunenes evne til å identifisere og følge opp mulig utvikling av demens hos hjemmeboende eldre ... 9

4.1 Praktisk bistand ... 10

4.2 Hjemmesykepleie ... 11

5 Kommunenes samarbeid med fastleger om utredning og oppfølging av demente ... 12

6 Kommunenes ivaretakelse av grunnleggende behov hos personer med demens ... 15

6.1 Nærmere om individuell tilrettelegging og brukermedvirkning ... 16

6.2 Nærmere om kontinuitet og regelmessighet ... 18

7 Kommunenes evne til å identifisere og følge opp endrede behov for tjenester hos hjemmeboende eldre med demens ... 21

8 Forberedelse og gjennomføring ... 22

9 Referanser ... 23

1 Innledning

Tilsynet inngår som et element i tilsyn som kan gjennomføres som ledd i ”eldretilsynssatsingen”.

Tilsyn etter denne veilederen skal gjennomføres etter Helsetilsynets prosedyre for systemrevisjon og rapportmal. Tilsynet omfatter både helse- og sosialtjenester og gjennomføres som et fellestilsyn mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket hjemlet i sosialtjenesteloven (sotjl.) § 2-6 og helsetilsynsloven § 2, jf kommunehelsetjenesteloven (khl.) § 6-3.

Veiledermateriellet for tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre 2010 er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av: ass. fylkeslege Sven Anders Haugtomt, seniorrådgiver Anne Grete Robøle, rådgiver Lars Ivar Widerøe, rådgiver Wenche Skjær, seniorrådgiver Charlotte Stokstad, seniorrådgiver Gunnar Andersen, seniorrådgiver Pål Børresen og seniorrådgiver Merete Steen.

Kontaktpersoner for denne veilederen er seniorrådgiver Pål Børresen og rådgiver Wenche Skjær i Statens helsetilsyn.

2 Tilsynets innretning og avgrensninger

Tilsynets målgruppe er:

- Hjemmeboende eldre med vedtak om helse- og sosialtjenester i form av praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie, uavhengig av om vedtak og behov helt eller delvis er knyttet til demens. Med hjemmeboende eldre menes de som bor i egen opprinnelig bolig eller i omsorgsbolig.

Tilsynet omfatter:

- Kommunenes evne til å identifisere og følge opp mulig utvikling av demens hos hjemmeboende eldre, avgrenset til de med vedtak om helse- og sosialtjenester. Herunder eventuelt samarbeid med fastlegene om utredning/kartlegging ved spørsmål om demensdiagnose, og om kommunene samarbeider med fastlegene om oppfølging av demenssykdom.
- Kommunenes ivaretakelse av grunnleggende behov hos personer med demens.
- Kommunenes evne til å identifisere og følge opp endrede behov for tjenester hos hjemmeboende eldre med demens.

Tilsynet omfatter *ikke:*

- Personer med demens som bor permanent i institusjon.
- Korttidsopphold/avlastning i institusjon for personer med demens. Selve oppholdet på institusjon omfattes ikke av tilsynet, men tjenestene brukerne får i eget hjem vil være en del av tilsynet.
- Brukerstyrt personlig assistanse etter sosialtjenesteloven § 4-2 a.
- Utmåling og tildeling av helse- og sosialtjenester i kommunene. Men vedtak om tjenester vil/kan bli benyttet som kilde til informasjon om forholdene som undersøkes. Det er ikke meningen at selve saksbehandlingen som fører frem til et vedtak skal undersøkes.

- Fastlegene.

Tilsynet skal i henhold til nevnte punkter undersøke om kommunale pleie- og omsorgstjenester identifiserer og følger opp utvikling av demens hos hjemmeboende eldre, herunder eventuelt samarbeider med fastlegene om utredning/kartlegging ved spørsmål om demensdiagnose, og om kommunene samarbeider med fastlegene ved oppfølging av demenssykdom. Videre skal tilsynet undersøke om kommunen ivaretar grunnleggende behov ved individuell tilrettelegging, brukermedvirkning, kontinuitet og regelmessighet i tjenesteutførelsen. Tilsynet bygger på at kommunene skal ha et aktivt forhold til tjenestemottakerne. Det innebærer at kommunene ikke bare passivt utformer og tildeler tjenester som etterspørres, men også fanger opp, utreder og gjennomfører tjenester ut fra tjenestemottakernes behov, jf. blant annet kvalitetsforskriften § 3, hvor det fremgår at rutinene skal søke å sikre at tjenestene og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester som han/hun har behov for til rett tid.

Tilsynet omfatter et begrenset utvalg av oppgaver mm som kommunen har overfor personer med demens i eget hjem. Det er ikke som ved tidligere veiledere lagt opp til at tilsynet skal undersøke alle faser ved ytelse av tjenester som utredning, tildeling, iverksettelse, gjennomføring og oppfølging. For å gjøre tilsynets omfang håndterbart, er ikke selve tjenestetildelingen med vedtak og iverksettelse av tjenester med tilhørende administrative enheter som for eksempel bestillerkontor omfattet av tilsynet, men selve vedtakene inngår som informasjonskilder for å se hvordan tjenestebehovet er utredet og fulgt opp i samarbeid med fastlegene.

Utvalget av faser og elementer innenfor disse fasene vil i praksis gjerne gli over i hverandre. Det vil være de faktiske forhold i kommunen og eventuelle funn som avgjør om disse funnene skal knyttes til elementer av fasene eller en eller flere av fasene.

3 Generell lovgivning

Kommunene er pliktige til å sørge for nødvendige helse- og sosialtjenester. Kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste i henhold til khl. § 1-1, jf. § 1-3, og etter khl. § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenholdt med khl. § 1-3a og § 6-3 siste ledd innebærer retten til nødvendig helsehjelp også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Det følger også av khl. § 1-3a og hlspl. § 16 at kommunene må tilrettelegge slik at personellet kan utføre sine oppgaver i henhold til krav i regelverket.

Selv om sosialtjenesteloven ikke har en lignende bestemmelse om ”nødvendig sosialtjeneste”, er det også etter denne loven en grunnleggende forutsetning at tjenestene skal ligge på et forsvarlig nivå, jf. Rt. 1990 s. 874 og sotjl. § 4-3 hvor det fremgår at den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter sotjl. § 4-2 bokstav a-d. Det følger av sotjl. § 2-6 siste ledd at det kan gis pålegg dersom tjenestene drives uforsvarlig.

Forsvarlighetskravet for helse- og sosialtjenesten innebærer krav til kommunene om å organisere og gjennomføre et tilstrekkelig omfang av tjenester og tiltak, jf. også kravene til internkontroll i sotjl. § 2-1 andre ledd og helsetilsynsloven § 3. Kommunen skal sikre tjenestene til dem som trenger tjenester til enhver tid, se blant annet khl. 2-1 og sotjl. § 4-3,

jf. § 4-2 a-d, kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten. Kommunen må etter disse bestemmelsene fange opp endringer i livssituasjon og behov til tjenestemottagere i pleie- og omsorgstjenesten. Det fremgår for eksempel av lovhjemlingen og virkeområdet til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, at den omfatter gjennomføring av praktisk bistand etter sotjl. og hjemmesykepleie etter khl. Kommunen skal etter forskriftens § 3 ha et system av prosedyrer som blant annet søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Dette innebærer for eksempel at kommunen forutsetningsvis må ha et forsvarlig kommunikasjonssystem for å dokumentere tjenesteutførelse og melde endringer i tjenestebehov ved bruk av journaler eller på annen måte. Virksomhetens ledelse skal også ha en overordnet styring av hva slags praksis som skal følges for dokumentasjon, for å sikre forsvarlig kommunikasjon.

For å kunne sikre tjenester til rett tid, må kommunen bruke tilbakemeldinger og klager til forbedring av tiltak og tjenester, og gjennomføre vurderinger av sårbare områder knyttet til tjenestens oppfølging av tjenestemottagerne, behov for tjenester og utførelse av tjenestene og tiltak, jf. internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4. Det er viktig at kommunen både følger med på og gjennomfører vurderinger av sårbare områder som samarbeid med fastlegene og regelmessighet og kontinuitet i tjenesteutøvelsen for personer med demens, blant annet når det gjelder antall tjenesteutøvere og individuell tilrettelegging og oppfølging av den enkelte med demens.

Selv om tjenestemottakeren/pasienten har krav på tjenester etter sosialtjenesteloven/ kommunehelsetjenesteloven, innebærer ikke dette at brukeren eller pårørende på vegne av brukeren har krav på én eller flere bestemte tjenester. Kommunene kan velge hvilke tjenester som skal ytes og i hvilket omfang, men tilbudet av helse- og sosialtjenester må være forsvarlig. Bruker eller pårørende må som hovedregel samtykke, og de må medvirke i tilstrekkelig grad i forhold til tjenestetype, tiltak, omfang, innhold og gjennomføring for at tjenestene og tiltakene skal kunne fungere etter sin hensikt, jf. pasrl. § 3-1 og sotjl. § 8-4, se også merknaden til sotjl. § 4-2 på side 106 i rundskriv I-1/93.

Det vil være en viss variasjon i kommunene om hvordan de har organisert og fordelt oppgavene mellom sosialtjenesten og helsetjenesten, og hjemmetjenesten vil ofte kunne være samlet i en felles pleie- og omsorgstjeneste. Det vil ikke kunne trekkes absolutte rettslige skiller mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand, men enkelte oppgaver vil åpenbart være hjemmesykepleie og helsetjenester forankret i helselovlovgivningen, og tilsvarende vil enkelte oppgaver være praktisk bistand etter sosialtjenesteloven. Utenom slike tilfeller bør det være de faktiske forhold knyttet til organisering og ansvarsfordeling i kommunen som gir føringer for hvilke hjemler som er aktuelle ved avvik, hvor for eksempel sviktende rapporteringsordning ved ytelse av praktisk bistand om behov for legehjelp forankres i sotjl. §§ 4-1 og § 4-3, jf. kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4.

3.1 Nærmere om kravene til tjenestenes innhold

3.1.1 Sosiale tjenester

Sosialtjenesten må generelt være oppmerksom på sosiale problemer for å ivareta oppgaver etter sotjl. § 4-1: *"Sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å*

løse eller forebygge sosiale problemer. Kan sosialtjenesten ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det". Det fremgår av merknadene til bestemmelsen at den *".. omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlige råd, veiledning …"* og at sosialtjenesten er *"… pliktig til å gi opplysninger om andre instansers hjelpetilbud…".* Sosialtjenesten må derfor være oppmerksom på tjenestemottagere som trenger hjelp fra andre instanser, og ut fra situasjonen veilede eller bistå slik at mottageren kommer i kontakt med andre aktuelle instanser.

Slik veiledning og bistand krever grundig kjennskap til andre aktuelle tjenester. Det kan ikke forventes at tjenesteutøvere som yter praktisk bistand har kompetanse til veiledning eller vurdering av spørsmål om bistand fra andre tjenester. Derimot må det forventes at yterne av praktisk bistand rapporterer observerte endringer i situasjon eller behov i henhold til rapportering og/eller kommunikasjonslinjer internt i sosialtjenesten, slik at bistand/veiledning kan gis av sosialtjenestepersonell med kompetanse, jf. sotjl. §§ 4-3 og 4-1 og kvalitetsforskriften § 3.

Når tjenestemottagerens behov for tiltak endrer seg, skal sosialtjenesten undersøke dette nærmere. I de fleste slike situasjoner skal sosialtjenestens ansatte samarbeide med tjenestemottageren og/eller pårørende for å finne frem til eller tilpasse hjelpetiltak fra sosialtjenesten, innlede samarbeid med andre tjenester som hjemmesykepleie eller bidra til legehjelp.

For sosialtjenestene vil det i noen tilfelle være tilstrekkelig å beskrive hvilke typer tjenester andre kan bidra med, og forvente at tjenestemottager og /eller pårørende selv søker hjelp. Sosialtjenesten må imidlertid i en del tilfeller forsikre seg om at dette vil skje, eller selv, med samtykke fra tjenestemottaker eller pårørende, kontakte relevante tjenester og bidra til å etablere tilstrekkelig kontakt, jf. sotjl. §§ 4-3 og 4-2a, jf. § 4-1. Det kan for eksempel være aktuelt å kontakte tjenestemottagerens fastlege eller anmode hjemmesykepleien om oppfølging.

3.1.2 Helsetjenester

Kommunene skal sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og hjemmesykepleie etter khl. § 1-3.

Anmodning om hjemmesykepleie eller andre tjenester kan komme fra brukeren selv, pårørende eller fra for eksempel sosialtjenesten, jf. khl. § 2-1 andre ledd. Se også § 4 første setning i forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. Hjemmesykepleien må sikre at eventuelt behov for å avklare/avkrefte diagnose tas opp med tjenestemottager og/eller pårørende. Leder for hjemmesykepleien skal medvirke til at den enkelte pasient får nødvendig legetilsyn etter nevnte forskrift § 4 annen setning og khl. § 2-1 andre ledd. Avklaring av demensdiagnose og evt. utprøvning av symptombehandling med legemidler er av stor betydning for pasientens, pårørendes og hjemmesykepleiens planlegging av fremtiden og tjenestebehov.

Kommunen må tilrettelegge og bidra til å sikre gjennomføring av nødvendig medisinsk legeundersøkelse og behandling for blant annet hjemmesykepleiens pasienter ved fastlege og andre leger ved akutte behov, jf. khl. § 1-3 nr. 2 og 4 og khl. § 1-3a, jf. hlspl. § 4 andre ledd. Kvalitetsforskriften § 3 første ledd og andre ledd og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4 innebærer at blant annet hjemmesykepleien har ordninger som

aktivt ivaretar at den enkelte pasient får nødvendige tjenester som legetjenester til rett tid, som et av flere grunnleggende behov.

Kommunene må sikre at pleie- og omsorgstjenesten ved hjemmesykepleien involverer fastleger ved behov. Kommunene må videre tilrettelegge for og følge opp at fastleger kan samarbeide med pleie- og omsorgstjenesten/demensteam ved eventuelt behov for hjelp ved utredning, og for hjemmesykepleiens oppfølging og samarbeid ved behandling med blant annet legemidler, jf. khl. § 1-3a og hlspl. § 16, jf. hlspl. § 4 andre ledd og kvalitetsforskriften § 3 andre ledd og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4. Tilretteleggingen kan omfatte rapporterings- og kommunikasjonsordninger om behov for undersøkelse, tjenester, legemiddeloppfølging og fornyelse av resepter og deltagelse i ulike samarbeidsmøter/fora.

Kommunene kan ikke ensidig stille krav om legenes deltakelse i kommunalt bestemte samarbeidsfora om pasienter, men det er en forutsetning for forsvarlige tjenester at kommunen legger til rette for fastlegenes deltakelse, jf. khl. § 1-3a. På den annen side har fastlegene ansvaret for et fastlegetilbud med forsvarlig og omsorgsfull hjelp for sine listepasienter, og de må samarbeide med pleie- og omsorgstjenesten når den demenssykes situasjon tilsier det, jf. hlspl. 4 2 andre ledd siste setning. Fastlegenes deltagelse i slike former for konkret samarbeid om den enkelte pasient kan blant annet på denne bakgrunn i begrenset grad styres av kommunen gjennom rutiner eller lignende. Kommunen må imidlertid tilstrebe å få enighet om felles kjøreregler.

Dersom kommunene sliter med samarbeidet i praksis og/eller ved utarbeidelse av felles kjøreregler mellom kommunens tjenester og fastlegene, må det forventes at kommunene bringer temaet opp. Dette kan skje i samarbeidsutvalg som skal være opprettet i henhold til Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene for perioden 2008-2010 (ASA 4310), eller på annen hensiktsmessig måte. Ved spørsmål om manglende involvering fra enkeltleger, må det forventes at kommunen tar dette opp i de møter som kommunen årlig skal ta initiativ til med den enkelte lege i henhold til nevnte avtale for drøftelse av legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak (jf. pkt 10.5 i ASA 4310).

3.2 Tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter

Kommunenes ansvar for forsvarlige tjenester og tiltak etter khl. §§ 1-1 og 1-3 og sotjl. § 4-3, jf. § 4-2, omfatter en plikt til blant annet å ha tilstrekkelig og kvalifisert personell for ivaretakelse av oppgavene. Dette innebærer at kommunene må ha oversikt over kompetansebehov, rekruttere personell med tilstrekkelig kompetanse for oppgavene og sikre at alle har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter for oppgavene.

Kommunen skal blant annet sørge for nødvendig opplæring i forhold til oppgavene, slik at personellet har rett og tilstrekkelig kompetanse. Dette er direkte fastsatt i sotjl. § 2-3 hvor det fremgår at kommunen skal sørge for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell, samt khl. § 6-2 som krever at kommunen skal sørge for påkrevd videre- og etterutdanning. Det følger også av forskrift om internkontroll for sosial- og helsetjenesten § 4 bokstav c, at kommunen skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Dette gjelder for eksempel tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos de som skal kartlegge brukerens og pårørendes behov for

hjelp, kunnskap om aktuelle tjenester og hvordan bistandsbehovet skal håndteres innen tjenesten og i samarbeid med andre tjenester. Kommunene må følge med på kompetansestatus i tjenestene og ha rekrutteringstiltak, opplæringsstrukturer og aktiviteter som bygger på en kontinuerlig vurdering av hvilken kompetanse som bør være tilgjengelig.

3.3 Dokumentasjon

For å kunne vurdere om kommunene ivaretar dette tilsynets områder, vil gjennomgang av bruker/klientmapper, vedtaksmapper, "rapportbøker/lister" og pasientjournaler være sentrale aktiviteter under tilsynene.

Både de ansvarlige for virksomhetene og de som yter tjenester, har plikter i dokumentasjonssammenheng. Dokumentasjonsplikten i sosialtjenesten følger i hovedsak av kravene til saksbehandling ved tildeling av tjenester, og er regulert i forvaltningsloven, jf. blant annet fvl. §§ 11d, 16 og 17. For den løpende tjenesteytingen er det ikke spesifikke krav om dokumentasjon på samme måte som for ytelse av helsetjenester med krav til journalføring. Kommunen har imidlertid etter § 4 bokstav g i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, plikt til å sørge for nødvendig kunnskap om at tiltak som er vedtatt blir gjennomført og er hensiktsmessige, og at det er rapporteringsrutiner som medfører at svikt blir fanget opp og håndtert ved for eksempel uteblitt tjeneste. For å ha noen mulighet til å samle og benytte denne informasjonen, må nødvendig og relevant informasjon om den løpende tjenesteytingen i praksis være skriftlig. Ut fra dette må også sosialtjenesten i en viss utstrekning sies å ha dokumentasjonsplikt i den løpende tjenesteytingen, jf. blant annet fvl. §§ 11d, 16 og 17, sotjl. § 4-3, jf. § 4-2 og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4 bokstav g.

Det vil imidlertid være en konkret vurdering i det enkelte tilfellet om sosialtjenestens gjennomføring av den løpende tjenesteyting må dokumenteres. Krav til skriftlighet for å ivareta oppgavene vil avhenge av forholdene og risiko for svikt. Det vil for eksempel være behov for skriftlighet for å informere personell som ikke deltar i møter eller lignende om endringer i tjenesteytingen.

Det følger av § 4 i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385 at virksomheter som yter helsehjelp må opprette pasientjournalsystem for føring og oppbevaring av pasientjournaler. Plikten til forsvarlige informasjonssystemer i kommunehelsetjenesten ligger til kommunen, se merknad til § 4 i forskrift om pasientjournal. Journalsystemene kan være felles eller delte, papirbaserte eller elektroniske, men de skal til enhver tid fungere i tråd med kravet til forsvarlige helsetjenester. Systemene må ivareta dokumentasjonsplikt, tilgjengelighet til relevant og nødvendig informasjon og krav til taushetsplikt innad i virksomheten og i forhold til andre.

Tilretteleggingsplikten etter khl. § 1-3a, jf. hlspl. § 16 og forskrift om pasientjournal § 4, innebærer også at virksomhetene må sørge for at helsepersonell i sin yrkesutøvelse har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde helsepersonellets selvstendige dokumentasjonsplikt etter hlspl. § 39 og plikt til forsvarlig virksomhet generelt. Dette betyr at virksomhetens ledelse skal ha en overordnet styring av hva slags praksis som skal følges for dokumentasjon av relevant og nødvendig informasjon for å sikre forsvarlig behandling og opplysninger til helsepersonell som trenger disse for å kunne gi forsvarlig oppfølging.

Etter hlspl. § 40 skal journalen føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i eller i medhold av lov. Nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt, jf. forskrift om pasientjournal § 7 andre ledd. I samme forskrift § 8 er det presisert hvilke opplysninger journalen skal innholde dersom de er relevante eller nødvendige.

Informasjon om den løpende tjenesteytingen mv. i journaler og annen klientdokumentasjon må, basert på det ovennevnte, være utformet på en slik måte at det til enhver tid er mulig å vite hva som er gjort og av hvem, hva som er planlagt og hvordan brukerne er involvert. Ledelsen i de enkelte tjenestene må følge opp og kontrollere om dokumentasjonssystemet sikrer relevant og tilstrekkelig informasjon for å gjennomføre og dokumentere tjenesteytingen, samt som grunnlagsmateriale for å evaluere og kontrollere tjenestene.

4 Kommunenes evne til å identifisere og følge opp mulig utvikling av demens hos hjemmeboende eldre

I dette tilsynet er det hjemmetjenestens evne til å identifisere og følge opp demensutvikling som skal undersøkes.

Det kan være flere måter å følge opp observert demensutvikling på. Kjernen er at det er kjent hvordan dette skal gjøres og at det etterleves av personellet. Videre må observasjoner bli fulgt opp av kompetent personell ved vurdering av behov for legeundersøkelse. Tilsynet skal undersøke hvordan kommunen sørger for å ivareta dette ansvaret, hvilke vurderinger de har gjort mht. fare for svikt, hvilke tiltak som er satt i verk og hvordan de sikrer kunnskap om hvordan dette fungerer i praksis og foretar nødvendige forbedringer.

Kommunenes hjemmetjenester består av personell med svært ulik grad av kompetanse. Ansatte uten tilstrekkelig kompetanse for faglig vurdering av brukernes behov, må vite hvilke rutiner som gjelder internt slik at kvalifisert personell får informasjon om endringer hos brukere og kan håndtere situasjonen videre.

For å kunne observere og beslutte når pasienter i hjemmetjenestene har behov for legehjelp for utredning av en mulig demenssykdom, må kommunene sikre at de har både tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å vurdere når det er nødvendig med legetjenester, og ha innarbeidede rutiner for når, hvordan og av hvem lege skal kontaktes.

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer at de som yter praktisk bistand og hjemmesykepleie har tilstrekkelig informasjon og kommunikasjon om brukerne, kunnskap om oppfølgings- og rapporteringsordning ved observasjon av behov for legetilsyn, slik at de kan bidra til at eldre ved mistanke om demens får avklart behov for og eventuelt gjennomført legeundersøkelse, jf sotjl. § 4-1, khl. §§ 1-3a og 2-1 første og andre ledd, jf. hjsplfor. § 4, kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4. Avvik fra opplæringsbestemmelsene i tjenestelovene, jf. sotjl. § 2-3 og/eller khl. § 6-2, jf. internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4c kan være selvstendige avvik. Manglende opplæring bør imidlertid i utgangspunktet sees og vurderes i sammenheng med evt. avvik knyttet til manglende sikring av legeundersøkelse eller

manglende sikring av praktisk bistand og veiledning, og slik kunne få frem sammenhengen og betydningen av svikten knyttet til kompetanse og/eller opplæring.

4.1 Praktisk bistand

Eldre vil kunne ha tjenester etter sotjl. i form av praktisk bistand uten at det har vært spørsmål om forhold knyttet til demens eller andre behov som krever hjemmesykepleie. Brukere som får innvilget praktisk bistand får det på bakgrunn av en individuell vurdering av behovet, vurdert ut fra blant annet diagnose, alder og fysisk og mentalt funksjonsnivå. Praktisk bistand kan derfor ikke bare betraktes som et rent rengjøringsoppdrag, men et oppdrag på bakgrunn av definerte behov brukeren har.

I utgangspunktet er det ingen formelle kompetansekrav til ansatte som yter praktisk bistand. Kommunene må imidlertid vurdere behovet for kompetanse, og sørge for at de ansatte har den nødvendige kompetanse for å utføre oppgavene. Over en lengre periode kan det være bare tjenesteytere uten fagutdanning som ser brukerne. Det er derfor viktig at også personalet som yter praktisk bistand vet hvor de skal rapportere hvis de ser endringer hos brukeren. Personalet som yter praktisk bistand kan være de som oppdager en begynnende demensutvikling først. De kan dermed bidra til at brukeren får startet en nødvendig utredning tidlig.

Informasjonen personalet som yter praktisk bistand har behov for, vil variere ut fra hvilke oppgaver de skal utføre. Skal de bare ivareta praktiske husholdningsfunksjoner, vil nødvendig og relevant informasjon kunne være bare navn, adresse og oppdragets innhold. Hvis kommunen har organisert sitt tjenestetilbud på en slik måte at de utfører oppgaver ut over praktiske husholdningsoppgaver, som for eksempel personlig hygiene og ernæring, og at det forventes at de følger med på brukernes situasjon, må de få mer informasjon om brukeren. Men personalet trenger likevel bare den informasjonen som er nødvendig og relevant i forhold til de oppgavene de skal ivareta og det de skal følge med på hos brukeren. På samme måte må de oppdateres om endringer i brukernes situasjon som er nødvendige og relevante.

Personalet som yter tjenester etter sosialtjenesteloven har ikke samme krav til skriftlig dokumentasjon som helsepersonell. Men som et minimum må det finnes en form for utkvittering av de ulike oppdragene som skal ivaretas i løpet av en dag.

Både sotjl. og khl. er i utgangspunktet basert på at den enkelte søker eller tjenestemottager selv frembringer sitt behov og ber om tjenester, men forsvarlighetskravets kjerne er å reagere og håndtere risiko/fare. Vi må derfor kunne forvente at kommunens ansatte observerer brukerne, ut fra egen kompetanse og viten om brukerne, og at de reagerer hensiktsmessig hvis de observerer endringer. Dette må gjelde også ansatte som utfører praktisk bistand, jf. sotjl. § 4-1, jf. §§ 4-3 og 4-2a og kvalitetsforskriften § 3. Kommunene må sikre rapporteringsvei og at observasjonen følges opp.

- Kommunene må sikre at personalet som yter praktisk bistand får informasjon om brukerne de skal gi hjelp ved at:
  - Nødvendig og relevant informasjon om nye brukere gis rutinemessig til personalet som yter praktisk bistand før et nytt oppdrag starter opp. Hva som er nødvendig og relevant informasjon må vurderes ut fra oppgavens art.

  - Personalet som yter praktisk bistand får informasjon hvis det er individuelle forhold hos brukere de skal følge med på.
  - Ny informasjon om eksisterende brukere, som er nødvendig og relevant for oppdragets art, gis rutinemessig til personalet som yter praktisk bistand.
  - Det er klart hvem som har ansvar for å gi informasjonen.

- Kommunene må sikre at observasjoner av endringer hos brukere, som en mulig begynnende demensutvikling, meldes internt i organisasjonen og håndteres forsvarlig ved at:
  - Det er klart hvem personalet som yter praktisk bistand skal rapportere til ved endringer hos brukerne.
  - Det er klart hvem som håndterer saken videre, ved å gjøre egne vurderinger eller ved eventuelt å ta kontakt med for eksempel pårørende, hjemmesykepleie, lege.
  - Samtykke innhentes fra bruker før det tas kontakt utenfor egen enhet.
  - Observasjoner og tiltak som følge av observasjoner nedtegnes.
  - Rapporteringsrutiner er kjent og bli brukt av alle involverte i enheten.

- For personalet som utfører tjenester etter sosialtjenesteloven er dokumentasjonskravene lave. Men som et minimum må kommunen sikre en bekreftelse på at oppdragene er utført.

- Kommunenes ledelse må følge med på om ordninger/rutiner/prosedyrer etterleves, og om de er hensiktsmessige og effektive.

4.2 Hjemmesykepleie

Når tjenesten hjemmesykepleie innvilges, ligger det til grunn at brukeren trenger tjenester av en slik art at det er behov for fagkompetanse for å gi forsvarlig hjelp. Ansatte i hjemmesykepleien forutsettes å ha høyere fagkompetanse enn de som utfører praktisk bistand. Forventningene til å fange opp mulig utvikling av demens vil derfor være større i denne gruppen av ansatte.

I hjemmesykepleiens organisering ligger det at tjenesteyter kommer hjem til brukeren og utfører et konkret oppdrag for så å dra videre. Tiden som tilbringes sammen med brukeren kan være av ulik lengde, men noen ganger er tjenesteyter innom bare korte perioder hver gang. Muligheten til å observere mulig utvikling av demens vil derfor bli begrenset. I tillegg vil det kunne variere hvem som er innom brukeren, slik at kontinuiteten i observasjonene også blir svekket. Samlet sett gir dette en utfordring for kommunene til å sikre nødvendig kompetanse og å organisere sine tjenester slik at fagkompetansen brukes riktig og kontinuiteten ivaretas.

- Kommunene må sikre at ansatte i hjemmesykepleien får nødvendige opplysninger om brukerne og at forsvarlig kommunikasjon mellom personalet ivaretas ved at:
  - Hjemmesykepleien har nødvendige og relevante opplysninger om nye brukerne i forhold til tjenestene de skal gi, før tjenesten starter opp.
  - Egen enhet/egne personer som innhenter opplysninger om brukerne, vurderer behovet og fatter vedtak om tjenestene, rutinesmessig overfører nødvendige og relevante. opplysninger om brukerne til de som skal utøve tjenestene før oppstart. Det er kjent og klart for alle involverte hvordan informasjonsoverføringen ivaretas.

- Nødvendige og relevante opplysninger vurderes individuelt, men opplysninger om aktuelle diagnoser, fysisk og mentalt funksjonsnivå og hjelpebehov bør forutsetningsvis foreligge, i tillegg til ordinære personalia.
- All nødvendig og relevant informasjon om brukerne er skriftlig og føres i journal.

- Kommunene må sikre at observasjoner av endringer hos en bruker, som for eksempel en mulig begynnende demensutvikling, håndteres videre i organisasjonen ved at:
  - Det er klart hvem som har ansvar for å håndtere en slik observasjon videre selv og hvem som ikke kan gjøre det. Videre må det være klart for de som ikke kan håndtere observasjonen selv hvem de skal rapportere til.
  - Det er klart hvordan og av hvem eventuelt nødvendig kontakt med pårørende og/eller lege skal gjøres.
  - Samtykke fra bruker innhentes før det tas kontakt med pårørende og/eller lege.
  - Kommunen har ordninger/tiltak som bidrar til at brukerne får nødvendig legetilsyn, hvis ikke bruker eller pårørende kan/ønsker å ivareta det selv.
  - Observasjoner og tiltak som settes i verk skriftliggjøres i journal.
  - Rutinene er kjent og blir praktisert av alle involverte i organisasjonen.

- Kommunenes ledelse må følge med på om ordninger/rutinene/prosedyrer etterleves og om de er hensiktsmessige og effektive.

5 Kommunenes samarbeid med fastleger om utredning og oppfølging av demente

Dette tilsynet er rettet mot hvordan kommunen sikrer nødvendig legeundersøkelse, ved behov samarbeider med fastlegene om utredning og sikrer nødvendig samarbeid med fastlegene om videre oppfølging av demenssykdom. Tilsynet dreier seg ikke om kommunenes ansvar for utredning og tildeling av hjemmetjenester, eller ansvaret for å følge opp med tjenester under utredningsprosessen. Hvordan kommunene sikrer at sosialtjenesten ved praktisk bistand og helsetjenesten ved hjemmesykepleie ivaretar grunnleggende behov omfattes imidlertid av tilsynet, se neste kapittel.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har med støtte av Helsedirektoratet nylig revidert veilederen og verktøyene for utredning av demens i kommunehelsetjenesten. Se: http://www.aldringoghelse.no/?pageID=634. I utredningsverktøyet fremheves det at: ”*Som hovedprinsipp anbefales at utredning ved mistanke om demens, utføres av pasientens lege (fastlege eller sykehjemslege) i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten*”.

Kommunene skal medvirke til at de som mottar hjemmesykepleie får nødvendig legetilsyn, jf. § 4 annen setning i forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunene og khl. § 1-1, jf. § 2-1 første og andre ledd.

Det er få krav som kan stilles til kommunens hjemmesykepleie når det gjelder medvirkning til selve utredningen av demenssykdom, som er en legeoppgave (allmennlege og/eller spesialisthelsetjenestoppgave). Tjenesten må imidlertid ved behov, avtalt samarbeid og/eller etter initiativ fra fastlegene medvirke under utredningen ved observasjon og informasjon, jf. hlspl. 4 andre ledd, khl. § 1-3a og kvalitetsforskriften § 3.

Grundig legeundersøkelse er en forutsetning for å kunne vurdere den enkeltes tilstand og behov, og for å diagnostisere demens. Legen vil imidlertid kunne ha behov for gode observasjoner fra pleie- og omsorgstjenesten om pasienten og rammen rundt pasienten, hvis ikke slik informasjon gis av pasient og/eller pårørende. Legen vil også kunne være avhengig av samarbeid og gode rapporteringsrutiner med pleie- og omsorgstjenesten for å kunne sørge for en faglig forsvarlig medisinsk behandling og oppfølging.

Fastlegene har ansvar for å følge opp de pasienter hun/han har på sin liste. Dette gjelder i særlig grad pasienter med kroniske plager og omfattende helsesvikt som ved demenssykdom, hvor det ofte vil være behov for å ha samhandling med andre tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal i slike tilfeller bidra og samarbeide slik at personer med demens får nødvendig og forsvarlig helsehjelp, jf. hlspl. § 4 andre ledd og fastlegeforskriften § 7. Samarbeid med hjemmetjenestene om eventuell kartlegging og utredning av demenssykdom, og samarbeid og informasjon ved eventuell utprøving av medisiner og oppfølging av medisinering og demensutvikling er viktige elementer i et slikt samarbeid. Det er flere måter dette samarbeidet kan ivaretas på, som for eksempel informasjons- og rapporteringsordninger, deltagelse og/eller innspill til ansvarsgrupper eller arbeid med individuell plan.

Kommunene har begrensede muligheter til å styre eller lede fastlegene. Det må imidlertid forventes at kommunene har initiert og tilrettelagt for utvikling, etablering og vedlikehold av rutiner og prosedyrer for samhandling med legene, jf. khl § 1-3a og kvalitetsforskriften § 3 andre ledd. Egnede fora å bruke kan være allmennlegeutvalget og/eller samarbeidsutvalget, som er nedfelt i rammeavtalen mellom KS og Dnlf (ASA 4310). I andre tilfeller vil det være naturlig å gjøre avtaler direkte med den enkelte fastlege. Hvor omfattende kommunenes tilrettelegging må være, vil variere ut fra kommunestørrelse, kompleksitet, organisering av kommunenes tjenester, fastlegedekning mv. Det må vurderes konkret om kommunene i tilstrekkelig grad tilrettelegger for samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene.

Ordningene må omfatte at hjemmesykepleien, avhengig av forholdene og i forståelse med pasienten, bistår til kontakt med fastlege på vegne av pasienten. Hjemmesykepleien må ved behov også sørge for en forsvarlig og omsorgsfull følgetjeneste (ivaretagelse av den demente, dennes situasjon og kommunikasjon med fastlege) til fastlegens kontor, hvis ikke dette gjøres av pasienten selv eller ved hjelp av pårørende etter pasientens og pårørendes eget valg. Hvis det ut fra sykdomsbildet til pasienten ikke er hensiktsmessig å hjelpe pasienten til legen for undersøkelse, må fastlegen foreta sykebesøk innen forsvarlig tid etter helsepersonelloven § 4 og fastlegeforskriften § 7, jf. også rammeavtalen mellom Dnlf og KS, som er forankret i fastlegeforskriften § 7 hvor det i punkt 10.1 fremgår at: ” *Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp”*.

For å få til et godt samarbeid er det viktig at det er avklart hva fastlegen gjør og hva kommunenes helse- og sosialpersonell gjør i forbindelse med eventuell bistand ved utredning og kartlegging av sikkerhetsforhold i hjemmet, og ved oppfølging og behandling av demenssykdom. Tverrfaglig samarbeid kan være aktuelt ved utredning/kartlegging og særlig ved oppfølgingen av personer med demens. De aller fleste demenssykdommer er progredierende med et forløp over flere år. Det er derfor nødvendig at tjenestemottakere

følges opp av kommunenes helse- og sosialpersonell for å vurdere hjelpebehovene i hjemmet, i tillegg til oppfølging fra fastlegene. Ved oppfølging av personer med demens må det også avklares hva fastlegene tar seg av og hva personalet i hjemmesykepleien skal ta seg av. I veilederen for utredning av demens i kommunehelsetjenesten anbefales at kommunenes helse- og sosialpersonell følger opp pasienten hver 6.-12. måned. Veilederens anbefaling er at det to ganger i året bør gjøres en ADL-vurdering, mens det en gang i året bør gjøres en sikkerhetssjekk i hjemmet og utfylles en belastningsskala for pårørende. Demensteam (eller personell med nødvendig kompetanse) kan også gjennomføre MMS og klokketest etter avtale med lege, jf. s. 3 annen spalte i veilederen for demensutredning i kommunehelsetjenesten, hvor det fremgår at: *"Det er en fordel at legen selv utfører MMSE-NR og Klokketest, men dette kan etter avtale utføres av en i demensteamet*". Utvikling av demenssykdom varierer imidlertid fra person til person. Hyppigheten av oppfølgingen må derfor vurderes individuelt.

Veilederen fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse anbefaler at alle kommuner bør ha et demensteam som deltar i utredning for mulig demenssykdom, men det er ikke rettslig krav om at de må ha slike team. Det er opp til kommunene selv å organisere sine tjenester, men kommunene må sikre at de har nødvendig kompetanse hos personell som eventuelt skal være med å utrede/kartlegge eller følge opp personer med demens. Det er vanskelig å sette et konkret kompetansekrav til de ansatte som eventuelt skal ha oppgaver knyttet til utredning av personer med demens. Høyskoleutdannede, som sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter, vil ha tilegnet seg kunnskaper om demens i sin grunnutdanning. Andre fagpersoner uten høyskoleutdanning, som for eksempel hjelpepleiere og aktivitører, med lang erfaring og tilegnet kunnskap kan også delta i dette arbeidet. Uavhengig av grunnutdanning må de som eventuelt bidrar under utredning av demens som et minimum ha opplæring i bruk av og erfaring med kartleggingsverktøyet.

Hvis utredningen slår fast en demensdiagnose, må fastlegene og kommunene vurdere behandling, tiltak i hjemmet og videre oppfølging, sammenholdt med allerede foreliggende situasjon, behov og tjenesteytelse. Det er vanskelig å sette absolutte krav for hvordan dette skal gjennomføres, men kommunene må ha ordninger for at tjenestemottakerne får tjenester til rett tid og at de er helhetlige, samordnede og fleksible, jf. khl. § 2-1, kvalitetsforskriften § 3 og hlspl. 4 andre ledd, jf. § 16 og khl. 1-3a, jf. internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4. Veilederen anbefaler at vurderingen av behovet for oppfølging etter demensdiagnose gjøres i fellesskap mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene. For kommunenes del anbefales det at det utarbeides en plan for hvilke hjelpetiltak som skal gis og hvor behov, ressurser, tiltak, mål og evaluering fremkommer, men det er ikke krav om dette. Enkelte vil imidlertid kunne ha krav på individuell plan.

- Kommunene må sikre:
  - Initiering, tilrettelegging og vedlikehold av samarbeid mellom fastlegene og kommunenes helse- og sosialpersonell, og det må være avklart hvordan dette samarbeidet skal foregå.
  - Bistand til fastlegene ved behov for kartlegging/utredning av mistanke om demenssykdom ved hjemmesykepleien/demensteam. Det må være avklart hvordan dette samarbeidet skal foregå og hvem som skal ivareta de ulike delene av utredningen/kartleggingen ved at

    - samarbeidsformene rundt kartlegging/utredning av demenssykdom er kjent for alle som er involvert
    - helsepersonell som deltar i kartleggingen/utredningen må ha kompetanse om demens og opplæring i bruk av aktuelt kartleggingsverktøy
    - personell som deltar i kartleggingen/utredningen informerer pasienten, eventuelt pårørende om formålet og hvem som får opplysningene
    - kartleggingen/utredningen dokumenteres/inngår i journal og formidles til fastlegen
    - ledelsen følger med på og sikrer at personalet som skal samarbeide med fastlegene har tilstrekkelig kompetanse om demens og om verktøyet som brukes ved kartlegging/utredning
  - Oppfølging av om samarbeidet med fastlegene fungerer etter intensjonen. Hvis det ikke gjør det må tiltak settes i verk for å rette på forholdet.
  - Plan for hvilke hjelpetiltak som skal gis den enkelte bør utarbeides, herunder oppfølgingstiltak og samarbeid med fastlegen.

6 Kommunenes ivaretakelse av grunnleggende behov hos personer med demens

Ved de aller fleste demenssykdommer øker funksjonssvikten gradvis. Etter hvert vil personer med demens ha behov for bistand til å ivareta så godt som alle funksjoner i hverdagen. Personer med demens har sjelden mulighet til å vurdere egne behov, og er dermed sårbare fordi de er prisgitt kommunens ansatte og eventuelt pårørende når det gjelder ivaretakelse av helt grunnleggende behov. Det stiller store krav til kommunen for å tilrettelegge tjenester og følge opp hjemmeboende brukere med demens. I følge helsedirektoratets rapport "Glemsk, men ikke glemt!" er det tre forutsetninger for å gi demente personer en trygg hverdag:

- Tjenesteyterne har kunnskap om demens, kjenner mottakers bakgrunn og situasjon
- Mottakeren har få personer å forholde seg til
- Tjenesten gis regelmessig

Samme rapport beskriver gode tjenester for personer med demens slik:

> Gode tjenester for personer med demens er tjenester som er individuelt tilpasset den enkelte og tilpasset den fasen av sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg i. Prinsippene er å bygge behandlingen opp rundt det som finnes av pasientens egne funksjoner, og tilrettelegge miljø og tjenester slik at det gir størst mulig grad av egen mestring. Dette innebærer:
>
> - God informasjon til den som har en demenssykdom og deres pårørende
> - God brukermedvirkning
> - Individuell tilrettelegging
> - God tilgjengelighet til tjenestetilbudene
> - God samhandling mellom de som gir tjenester i kommunen og mellom helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten
> - Oversiktlig og tilrettelagt boligmiljø
> - Få personer å forholde seg til med god faglig kompetanse

Kvaliteten på tjenestene prøves i møtene mellom tjenestemottaker og tjenesteyter i det daglige. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom tjenesteytere med god faglig kompetanse, omsatt til god praksis. I St.meld. nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening” vektlegges betydningen av kompetanse i en egen plan ”Kompetanseløftet 2015”. Målet for planen er ”å sikre god rekruttering, høy kompetanse, flere årsverk og stabil bemanning i pleie- og omsorgssektoren”.

Kompetanse om demens, både om sykdommen, omsorg for demente og kommunikasjon med demente er nødvendig for å sikre forsvarlige tjenester. Det gjelder både utøvelsen av tjenestene og evnen til å fange opp endringer i brukernes behov. Hva som kan betegnes som tilstrekkelig kompetanse vil variere ut fra hvilke oppgaver som skal ivaretas.

”Pleie- og omsorgstjenester på strekk” (Rapport fra Helsetilsynet 7/2005) er en sammenstilling av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Rapporten påpeker at tilsynserfaringene tyder på at personalet er under tidspress, og at det gjør det vanskelig å skape gode omsorgssituasjoner. Rapporten sier bl.a. ”Blir tida for knapp, går det mange gonger raskare og er meir effektivt å utføre aktivitetane *for* tenestemottakaren enn å gjere dei *saman med*”.

Det påpekes også at ”Tilsynserfaringane indikerer at det står att ein god del før reell brukermedverknad er ein kvardagsleg og sjølvsagt del av rutinane i pleie- og omsorgstenestene”.

Som beskrevet over så er det noen elementer rundt tjenesteyting til personer med demens som peker seg ut som sentrale. For å begrense tilsynets omfang er det valgt ut enkelte elementer som skal undersøkes i forhold til ivaretakelse av grunnleggende behov. Disse elementene er:

- At tjenestene er *individuelt tilrettelagt* og basert på *brukermedvirkning*
- At *kontinuiteten* i tjenesteytingen ivaretas og at tjenestene utføres *regelmessig*

Det er viktig at tjenestene er forutsigbare, regelmessige og innrettet slik at personer med demens og pårørende opplever trygghet i forhold til ivaretakelse av tjenestebehov og gjennomføring av tjenestene. Dette innebærer for det første at kommunen kontinuerlig og aktivt må tilstrebe at tjenestene ytes regelmessig og til rett tid, og for det andre at kommunen tilstreber kontinuitet i selve tjenesteutførelsen slik at det tilrettelegges for at tjenestemottageren kan oppleve forutsigbarhet og trygghet.

Tilsynet skal på denne bakgrunn undersøke om kommunene sikrer at sosialtjenesten ved praktisk bistand og helsetjenesten ved hjemmesykepleie ivaretar disse elementene ved dekning av grunnleggende behov etter sotjl. § 4-3, jf. § 4-2a og khl. § 2-1, jf. § 1-3, jf. kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4.

6.1 Nærmere om individuell tilrettelegging og brukermedvirkning

Det er viktig å kjenne brukernes vaner, rutiner, livshistorie og verdier for å kunne støtte opp om innholdet i dagliglivet ved helsesvikt og avhengighet av hjelp. Det er først og fremst viktig med tanke på gi individuelt tilpassede tjenester.

For å forutsetningsvis gjøre det ”riktige” for den enkelte person med demens, må det tas utgangspunkt i brukerens egen bakgrunn og hvordan han/hun opplever tilværelsen her og nå. Tiltak må også tilpasses hvor i sykdomsforløpet, brukeren er og hvilke funksjoner som er hardest rammet. Tiltak som kan være riktig for en person, vil ikke være riktig for en annen.

For å sørge for individuelt tilpassede tjenester må brukerne/pårørende involveres og lyttes til ved planlegging og gjennomføring av tjenestene. Brukermedvirkning må ivaretas i alle faser av tjenestetildeling og gjennomføring. Brukerne/pårørende må tas med når behovet for tjenester kartlegges og vurderes og tjenestene innvilges. Denne fasen er imidlertid ikke en del av dette tilsynet. Når tjenesten er innvilget og skal igangsettes må også brukerne/pårørende få innflytelse på hvordan og når tjenesten skal gjennomføres i det daglige, jf. pasientrettighetsloven (pasrl.) § 3-1 og sotjl. § 8-4, jf. § 4-3 og 4-2a. Denne fasen er en del av dette tilsynet. Det forutsetter dialog med brukere/pårørende for å kunne tilrettelegge tjenestene individuelt.

I hvilken grad og når pårørende skal involveres i denne prosessen avhenger av brukerens eget ønske. I de tilfellene hvor brukeren ønsker å involvere pårørende, er dette uproblematisk. Enkelte brukere vil imidlertid ikke at pårørende skal informeres eller involveres, og det må aksepteres i henhold til gjeldende regler om taushetsplikt. Tidlig i forløpet av en demenssykdom vil brukeren selv i stor grad kunne bedømme sin egen situasjon og sine egne behov. Har utviklingen av demenssykdommen imidlertid kommet så langt at brukeren åpenbart ikke klarer å ivareta sine interesser, har nærmeste pårørende rett på informasjon og det vil kunne være nødvendig å involvere pårørende, se pasrl. § 3-3 andre ledd. I dette tilsynet skal det imidlertid ikke undersøkes om taushetsplikt og informasjonsplikt overholdes eller om samtykkekompetanse vurderes av helsepersonell som yter helsetjenester etter pasrl. § 4-3.

En naturlig del av brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester er å kartlegge hvilke oppgaver rundt grunnleggende behov, som for eksempel personlig hygiene, brukeren klarer helt eller delvis å utføre selv. Tjenesten må tilrettelegge både praktisk og med tilstrekkelig tidsressurs for at brukere skal få mulighet for å ivareta og opprettholde sin egenomsorg, og unngå at tjenesteyter unødvendig overtar oppgaver som brukeren selv kan ta seg av.

Hvis det ikke blir lagt vekt på brukermedvirkning og individuelt tilpasset hjelp, vil brukere med demens kunne reagere med å avvise hjelperen, nekte å gjennomføre personlig hygiene og også i noen tilfeller reagere med aggressiv atferd. De kan ha liten evne til å uttrykke verbalt hva de misliker. Tilbakemelding fra pårørende eller tjenesteytere om slike hendelser vil derfor kunne være tegn på at tjenestene ikke er tilstrekkelig individuelt tilpasset, uten at dette alltid er årsaken.

- Kommunene må sikre brukermedvirkning og individuelt tilrettelagte tjenester ved at:
  - Bruker og/eller pårørende involveres når gjennomføringen av tjenestene skal planlegges. De må involveres for å finne frem til en hensiktsmessig måte å ivareta brukernes grunnleggende behov på, som for eksempel personlig hygiene.
  - Det tas hensyn til brukernes behov og ønsker for hvordan og når tjenestene skal gis. Det må tas hensyn til hvordan brukeren vanligvis likte å utføre disse handlingene da han/hun selv ivaretok dem. Det må også legges vekt på tidspunkt på døgnet for når de ulike aktivitetene skal skje, etter brukers og evt. pårørendes døgnrytme.
  - Bruker må gis mulighet og tid til å ivareta og opprettholde sin egenomsorgsevne.
  - Tjenestene er planlagt, organisert og fulgt opp slik at pleiepersonellet har rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta reell brukermedvirkning og å yte individuelt tilrettelagte tjenester.

- Kommunene må sikre at ansatte i hjemmetjenesten har tilstrekkelig kunnskap for å ivareta brukermedvirkning og individuell tilrettelegging ved at:
  - Ansatte har tilstrekkelig kunnskap om demens, både om selve sykdommen, omsorg for og kommunikasjon med personer med demens, herunder brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenestene.
  - Det finnes ordninger for kunnskapsoverføring og opplæring. For eksempel ved faste fagmøter, fast internundervisning, overlappingsmøter mellom vaktene, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og/eller veiledning av personalet.

- Kommunenes ledelse følger med på at brukermedvirkning og individuelt tilrettelegging av tjenester gjennomføres ved at:
  - Tilbakemeldinger/klager fra brukere/pårørende om misnøye med manglende brukermedvirkning/individuell tilrettelegging følges opp.
  - En følger opp rapportering fra ansatte om manglende gjennomføring av tjenester fordi brukerne motsetter seg handlingen, der dette kan skyldes manglende individuell tilrettelegging.
  - Avviksmeldinger, for eksempel om utagerende atferd hos brukere som kan skyldes manglende individuell tilrettelegging, registreres og følges opp.
  - Det utarbeides og implementeres ordninger/rutiner/prosedyrer som ivaretar brukermedvirkning og individuell tilrettelegging og som evalueres.

6.2 Nærmere om kontinuitet og regelmessighet

Det vanligste symptomet på demens er svekket hukommelse, særlig for nyere hendelser. I tillegg kommer i varierende grad svekkelser av tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne, samt praktisk evne. Dette gjør at personer med demens gradvis mister evnen til å lære nye funksjoner, opprettholde innlærte ferdigheter og å mestre hverdagssysler.

På bakgrunn av dette er personer med demens sårbare for endringer. Det er derfor viktig at hjelpen de mottar gjennomføres så likt som mulig hver gang. Av samme grunn er brukere med demens også sårbare når det gjelder å forholde seg til mange ulike personer over kort tid. Å forholde seg til at det stadig er nye personer som dukker opp i hjemmet for å gi tjenester, kan medføre utrygghet og usikkerhet hos både tjenestemottaker og pårørende.

Konsekvensene av manglende kontinuitet og regelmessighet kan være at grunnleggende behov ikke ivaretas forsvarlig.

For å sikre best mulig kontinuitet og regelmessighet for personer med demens, må kommunen sette i verk tiltak. Er det lite kontinuitet i hvilke personer som gir tjenester til personer med demens, øker behovet for å sette i verk kompenserende tiltak. Det kan være flere måter å sikre kontinuitet og regelmessighet på. En måte er å utarbeide hensiktsmessige planer (for eksempel pleieplaner/tiltaksplaner) og robuste rapporteringssystemer. Et annet tiltak kan være å organisere tjenestene slik at antallet personer som yter tjenester hos den enkelte bruker med demens begrenses. Hvor omfattende de ulike tiltakene skal være, og hvor mye som må skriftliggjøres av planer og rapporter, vil være avhengig av kommunenes størrelse, organisering og kompleksitet. Men forholdene skal være små og/eller svært oversiktlige før behovet for å sikre kontinuitet ved å skrifteliggjøre planer og rapporter faller vekk. Det vil også ha betydning om det er sosialtjenester eller helsetjenester som ytes, da dokumentasjonskravene er ulik i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Det som er vesentlig er at personer med demens sikres forsvarlig ivaretakelse av grunnleggende behov, og at tjenestene ytes med en rimelig grad av likhet hver gang, uavhengig av hvilken tjenesteyter som utfører oppdraget, jf. khl. § 2-1 og sotjl. § 4-3, jf. § 4-2a, jf. internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4 og kvalitetsforskriften § 3. Det må vurderes konkret om risikoen for svikt er for stor slik at kommunen ikke har sikret at brukerne får tilfredstilt grunnleggende behov, eller om det må konstateres at det foreligger svikt i ivaretagelsen av disse grunnleggende behov knyttet til kontinuerlig og regelmessig tjenestetilbud med individuell tilrettelegging og brukermedvirkning.

Praktiske forhold kan innebære at ikke alle tjenester kan gjennomføres på helt eksakte tidspunkter. Det må være rom for at kommunen og tjenesteytere har et visst slingringsrom for når tjenester/tiltak skal gjennomføres hos den enkelte for å kunne utnytte personellets arbeidstid og ivareta andre tjenestemottagere, særlig hvis den enkelte tjenesteyter skal gjennomføre mange besøk i løpet av en vakt/arbeidsdag og ikke kan håndtere enhver type uforutsette forhold uten at det får konsekvenser i form av forsinkelser. På den annen side har tjenestemottagerne krav på et forsvarlig tilbud som forutsetter rimelig grad av regelmessighet, forutsigbarhet, trygghet, normal livs- og døgnrytme og individuell tilpasning slik at tjenestene ytes til rett tid. Slike forhold er også av vesentlig betydning for pårørende og derved også for tjenestene på kort og lengre sikt. Ved medisinering vil det ofte også være nødvendig at de gis i rett tid og korrekt ift. måltider, slik at det ikke kan være særlig variasjon for når og hvordan medikamenter skal gis.

- Kommunene må sikre kontinuitet og regelmessighet i tjenestene for ivaretakelse av grunnleggende behov til brukere med demens, ved at:
    - Kommunene har rutiner/tiltak for at tjenestene som gis blir ivaretatt med en rimelig grad av likhet hver gang, uavhengig av hvem av de ansatte som utfører den. Det kan være ulikt hvordan dette ivaretas, men det anbefales at det utarbeides en skriftlig plan (for eksempel pleieplan, tiltaksplan) for ivaretakelse av grunnleggende behov hos den enkelte bruker. Organisering av tjenestene slik at færrest mulig tjenesteytere hjelper demente brukere kan redusere behovet noe for andre tiltak for å sikre kontinuiteten.

- Tiltakene rundt grunnleggende behov til den enkelte bruker er kjent for alle som skal gi brukeren hjelp. Hvis de er nedfelt skriftlig, bør de være lett tilgjengelig og fungere som et arbeidsredskap i den daglige omsorgen for brukeren. Tiltakene må evalueres regelmessig og ved behov.
- Løpende informasjon om brukeren viderebringes og journalføres. Ny og nødvendig informasjon og beskjeder viderebringes fra et vaktlag til neste. Dette kan ivaretas på ulike måter for eksempel ved overlappingsmøter mellom vaktlagene, skriftlig nedtegnelse av informasjon og beskjeder (for eksempel i egne beskjedbøker, arbeidsbøker eller lignende), utskrift av nedtegnelser i elektronisk journalsystem.
- Tjenestene gjennomføres regelmessig. Ved endringer eller avlysninger skal dette rapporteres/dokumenteres.
- Tjenestene er planlagt, organisert og fulgt opp slik at pleiepersonellet har rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta kontinuitet og regelmessighet.

- Kommunenes ledelse følger med på at kontinuitet og regelmessighet ivaretas, ved at:
  - Tilbakemeldinger/klager fra brukere/pårørende om manglende kontinuitet og regelmessighet følges opp.
  - Rapporter om ikke utførte tjenester registreres og følges opp.
  - Det utarbeides og implementeres ordninger/rutiner/prosedyrer for grunnleggende behov som ivaretar kontinuitet og regelmessighet og ved at disse evalueres.

- Kommunene må sikre at ansatte i hjemmetjenestene har tilstrekkelig kunnskap om demens, ved at:
  - Ansatte som yter praktisk bistand har tilstrekkelig kunnskap om demens i forhold til oppgavene de blir tildelt. Tildeles de oppgaver ut over praktiske husholdnings-oppgaver hos personer med demens, som for eksempel hjelp til personlig hygiene, må det vurderes konkret om de har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgavene på en tilfredsstillende måte.
  - Ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig kunnskap om demens. Både om selve sykdommen og om omsorg for og kommunikasjon med personer med demens.
  - Det finnes ordninger for kunnskapsoverføring og opplæring. For eksempel ved faste fagmøter, fast internundervisning, overlappingsmøter mellom vaktene, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og/eller veiledning av personalet.

- Kommunenes ledelse følger med på at hjemmetjenestene har tilstrekkelig kunnskap om demens, ved at:
  - De kjenner kompetansen ansatte har.
  - De kartlegger behovet for kompetanse i hjemmetjenesten.
  - De gjennomfører tiltak for tilføring og vedlikehold av nødvendig kunnskap om demens i hjemmetjenesten. Eksempler kan være at det er tilrettelagt for faste fagmøter, fast internundervisning, overlappingsmøter mellom vaktene, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, veiledning av personalet, videreutdanning og ekstern rekruttering.

7 Kommunenes evne til å identifisere og følge opp endrede behov for tjenester hos hjemmeboende eldre med demens

Personer med demens er sjelden i stand til selv å melde fra om endringer i behov. For å få ivaretatt sine grunnleggende behov er de avhengige av at andre fanger opp endringer. Ofte er det pårørende og/eller helse- og sosialpersonell i kommunene som gjør det.

Hvilke tjenester personer med demens har behov for kan variere, men det er et fellestrekk at de har varige behov for ulike typer tjenester i økende omfang. Det er en uttalt politisk målsetting at den enkelte skal få et tjenestetilbud tilpasset sine behov og ønsker, og at personer med demens og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet, jf St. meld nr 25 og Demensplan 2015 hvor det fremgår at ”*Regjeringen vil vektlegge tiltak tidlig i sykdomsforløpet, da dette vil kunne forebygge tilleggslidelser og bedre livskvaliteten. For mennesker med demens kan flytting ofte forsterke symptomene og skape forvirring og passivitet. I størst mulig grad bør en derfor unngå flytting mellom ulike boformer og behandlingstilbud”*.

Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer at helse- og sosialtjenestene kontinuerlig identifiserer endrede behov og evaluerer de samlede tjenester som ytes den enkelte person med demens, jf. forsvarlighetskravet, kvalitetsforskriften § 3 første ledd og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten. Dette er en forutsetning for at tjenestemottagerne over tid får et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud. Kommunens oppfølging må bestå av daglig tilrettelegging, overvåking og evaluering av tjenestene og eventuelt utredning, beslutning og iverksetting av nye tjenester. Det er nødvendig at kommunene følger opp at tjenestene ytes som forutsatt i vedtak og pleie- og omsorgsplaner, og at endrede behov blir fanget opp. Det er nødvendig at tjenestene gjennomgår egne tiltak og evaluerer pleie- og omsorgsplaner i henhold til de enkelte planers krav til evaluering. Hjemmetjenestene bør evaluere tjenestene og tiltakene i fellesskap, og gjøre dette sammen med brukere med demens og/eller pårørende, jf., sotjl. § 4-3, jf. § 4-2a, jf § 8-4 og khl. § 2-1, jf. pasientrettighetsloven § 3-1, jf. kvalitetsforskriften § 3.

Kommunene må således ha et velfungerende og fleksibelt tjenesteapparat. Det må være tilstrekkelig, hensiktsmessig organisert og ledet i overensstemmelse med kravene i internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten, slik at tjenestemottagerne er sikret tjenester og tjenesteytelse i samsvar med regelverket.

For personer med demens med progredierende forløp, vil behovene endres ved at funksjonsevnen forverres. Viktige faktorer i livssituasjonen kan også forandre seg, som for eksempel ved sykdom hos pårørende. Behov for forutsigbarhet og trygghet hos personer med demens utgjør sammen med antall tjenesteytere, utskiftning av personell, omorganiseringer mv store utfordringer for kommunene for å sikre ivaretakelse av grunnleggende behov og forsvarlige tjenester.

Kommunene skal søke å sikre at tjenestemottaker kontinuerlig får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid. Kommunen må ha ordninger som bidrar til at tjenesteyterne og tjenestene fanger opp endringer i behov. Ordningene må understøtte at kommunens tjenesteytere og tjenester dokumenterer observerte endringer og endringsbehov, og etter eget tiltak følger opp behov for mindre justeringer i

tjenesteutøvelsen eller ved større behov endringer/utvidelser av tjenestene. Kommunene må også, blant annet som ledd i oppfølgingen av endringer i tjenestebehov og utførelse, ha tilstrekkelig kommunikasjonsordninger med pårørende.

Kommunen må videre generelt følge med på gjennomføring av tjenestene og evaluere om tjenestene samlet er hensiktsmessige og effektive for å ivareta behovet for hjelp til personer med demens.

Videre må kommunen følge med på og overvåke om dens organisering og styring ved ”tiltak/rutiner/prosedyrer/strukturer/ordninger”, er implementert og tilstrekkelig i praksis, ved rapporteringsordninger og gjennomganger av styringstiltak.

- Kommunene må sikre at endringer i behovet hos personer med demens fanges opp og håndteres forsvarlig ved at:
  - Det er klart hvem som har ansvar for å fange opp endrede behov. Er det alle som er innom brukerne eller har spesielle personer/faggrupper et særskilt ansvar.
  - Det er klart hvordan endrede behov håndteres i organisasjonen, herunder dokumentasjon. Det må være klarlagt hvem som kan ta ansvar for å håndtere endringer av behov videre og hvem som ikke kan det. For de som ikke kan gjøre det, må det være klart hvordan og til hvem endringene skal rapporteres.
  - Det er kjent for alle som jobber i organisasjonen hvordan ordningen/rutinen/prosedyren fungerer.
- Hvis kommunene har egne personer eller enheter som foretar vurdering av behov og innvilger tjenester, må det være kjent hvordan kommunikasjonen mellom disse og utførerleddet skal fungere.

8 Forberedelse og gjennomføring

Tilsynet gjennomføres som systemrevisjon etter Statens helsetilsyns prosedyre. Her nevnes kun det som er særskilt for dette tilsynet, for øvrig vises til prosedyren.

Tilsynslaget må ha med helsefaglig kompetanse (fordel med sykepleiefaglig kompetanse), kjennskap til kommunal organisering av pleie- og omsorgstjenester generelt og hjemmetjenester.

Tilsynet omfatter ikke fastlegene, men tilsynet kan kobles til tilsyn med fastleger i kommunen, eller det kan innhentes informasjon fra fastlegene slik at det kan vurderes om kommunen har tatt initiativ eller laget kjøreregler for samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene, samt fulgt opp om samarbeidet fungerer etter hensikten.

Informasjon fra fastlegene om samarbeid vil derfor kunne inngå i grunnlaget for vurdering av om kommunen sikrer tilstrekkelig legetilsyn for demente i pleie- og omsorgstjenesten og sikrer tilstrekkelig observasjon og oppfølging ved legemiddelbehandling.

For å få oversikt over kommunens arbeid med å etablere gode samarbeidsrutiner med fastlegene, bør den som har ansvar for samarbeidsutvalget for kommunen og kommunens fastleger intervjues, det vil vanligvis være kommunens medisinsk-faglige rådgiver (ofte kommunelegen), jf. rammeavtalen pkt 4.2.2.

Der det planlegges å gjennomføre tilsyn både med fastlegene og kommunens tjenester til demente i samme kommune, bør tilsynene gjennomføres tett i tid slik at relevante fakta kan brukes som grunnlag for å konkludere i begge tilsynene. Det anbefales at endelige rapporter ikke skrives før det er gjennomført tilsyn både i kommunen og hos fastlegene.

Gjennomgang av saksmapper/journaler skal gi grunnlag for å vurdere både de innledende faser med hvordan kommunens hjemmetjenester fanger opp indikasjoner på demens og bidrar i utredning og den oppfølging etter at diagnose er stilt. For at ikke opplysningene skal være for gamle, og dermed muligens ikke representative for dagens praksis, kan det hende at ikke alle verifikasjoner kan hentes fra de samme journalene. Så langt det er mulig bør ikke vurderingene bygge på verifikasjoner fra under 10 brukere innenfor hver problemstilling.

I kommuner som gir tjenester utover praktiske husholdningsfunksjoner som praktisk bistand, eksempelvis hjelp til personlig hygiene, må det tas stikkprøver av dokumentasjon om den enkelte tjenestemottaker også fra denne delen av hjemmetjenesten. Dette for å avklare om kommunen har gode rutiner for å fange opp mulig demensutvikling hos brukere med omfattende tjenestebehov, men som ikke mottar hjemmesykepleie.

9 Referanser

For aktuell faglitteratur vises til eldretilsynssatsingens sider på LOSEN.