

## Pleie- og omsorgstenester på strekk

**HELSETILSYNET**

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 7/2005

OKTOBER  
2005

Rapport fra Helsetilsynet 7/2005  
Pleie- og omsorgstenester på strekk  
Samanstilling og analyse av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004

Oktober 2005

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve).

Denne publikasjonen finnest elektronisk på Helsetilsynets nettstad  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette

Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>8</b>
<b>Bakgrunn</b> .....	<b>12</b>
<b>Bruk av ulike kjelder for informasjon og kunnskap</b> .....	<b>13</b>
<b>DEL I – Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003</b> .....	<b>16</b>
<b>1 Analysar av fire undergrupper av tenestemottakarar</b> .....	<b>17</b>
1.1 Materiale og metode .....	17
1.2 Tenestemottakarar som er under 67 år .....	18
1.2.1 Kven er dei? .....	18
1.2.2 Kvar bur dei?.....	19
1.2.3 Kva tenestetilbod har dei, og er det tilstrekkeleg? .....	20
1.3 Tenestemottakarar med psykiske lidingar .....	22
1.3.1 Kven er dei? .....	22
1.3.2 Kvar bur dei?.....	22
1.3.3 Kva tenestetilbod har dei, og er det tilstrekkeleg? .....	23
1.4 Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming .....	25
1.4.1 Kven er dei? .....	25
1.4.2 Kvar bur dei?.....	25
1.4.3 Kva tenestetilbod har dei, og er det tilstrekkeleg? .....	25
1.5 Tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar .....	28
1.5.1 Kven er dei? .....	28
1.5.2 Kvar bur dei?.....	28
1.5.3 Kva tenestetilbod har dei , og er det tilstrekkeleg? .....	29
1.6 Oppsummering og vurdering – tenestemottakarar, behov og tenestetilbod.....	31
<b>2 Forholdet mellom bemanning og behov i sjukeheimar – den nasjonale bemanningskartlegginga i 2003</b> .....	<b>32</b>
2.1 Grunnbemanninga og tilstrekkelege tenester i sjukeheimar – er det nokon samanheng? .....	32
2.1.1 Data og metode .....	32
2.1.2 Resultat.....	33
2.1.3 Oppsummering.....	34
2.2 Faktisk bemanning og vakansar i sjukeheimar – får det konsekvensar for korleis ein lokalt vurderer om tenestetilbodet er tilstrekkeleg? .....	35
2.2.1 Data og metodar .....	35
2.2.2 Resultat.....	35
2.2.3 Oppsummering – forholdet mellom bemanning og vurdering av kva som er tilstrekkelege tenester .....	39

<b>3 Vidareføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstenesta: Tal og refleksjonar rundt tre tema .....</b>	<b>40</b>
3.1 Materiale .....	40
3.2 Klager på tenestetilbodet: tal på klager, klagetema, oppfølging av klager.....	41
3.3 Personar under 67 år i sjukeheim: Kvifor er dei der? Kva andre løysingar er vurderte? Er sjukeheimen ei permanent/varig løysing? .....	42
3.4 Korleis kommunane greier ut og behandlar søknader ved tildeling av helse- og sosialtenester og undervegs i tenesteforløpet hos personar med samansette, store hjelpebehov i heimebaserte tenester .....	44
<b>DEL II – Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod</b>	
<b>– Helsetilsynets vurdering av resultatata frå NOVAs analysar .....</b>	<b>46</b>
<b>1 Bakgrunn for å føre den nasjonale kartlegginga vidare.....</b>	<b>47</b>
<b>2 Helsetilsynets vurderingar av resultatata .....</b>	<b>49</b>
2.1 Dei fire undergruppene av tenestemottakarar, deira behov og tenestetilbod – nokre kommentarar .....	49
2.2 Forholdet mellom bemanning og vurdering av kva som er tilstrekkeleg i sjukeheimar – nokre kommentarar.....	51
<b>DEL III – Funn og erfaringar frå andre tilsynsaktivitetar 2003–2004 .....</b>	<b>53</b>
<b>1 Kommunale sosial- og helsetenester til rusmiddelmissbrukarar – landsomfattande tilsyn i 2004 og rapport om helseproblema og helsetenestetilbod til rusmisbrukarar .....</b>	<b>54</b>
1.1 Landsomfattande tilsyn i 2004 med kommunale sosialtenester til rusmiddelmissbrukarar .....	54
1.1.1 Funn og erfaringar frå tilsynet.....	54
1.1.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering .....	55
1.2 Helseproblema og helsetenestetilbod til rusmiddelmissbrukarar.....	55
1.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering .....	55
<b>2 Praksis knytt til tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka 2003–2004.....</b>	<b>57</b>
2.1 Funn og erfaringar .....	57
2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering.....	58
<b>3 Sosiale tenester og helsetenester i den kommunale pleie- og omsorgstenesta – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka 2003–2004.....</b>	<b>59</b>
3.1 Funn og erfaringar .....	59
3.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering .....	61
<b>4 Samhandling i helsetenesta – tilsyn med spesialisthelsetenester til menneske med psykiske lidningar 2003 .....</b>	<b>62</b>
4.1 Funn og erfaringar .....	62
4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering .....	62
<b>5 Andre rapportar og kunnskapsoppsummeringar frå tilsynsstyresmaktene</b>	
5.1 Medisinalmeldingane for 2004.....	64
5.1.1 Generelle utviklingstrekk .....	64
5.1.2 Tilstrekkeleg personell med tilstrekkeleg kompetanse .....	64
5.1.3 Legetenester i pleie- og omsorgstenesta .....	65
5.1.4 Helsetilsynets oppsummering og vurdering.....	65
5.2 «Verdt å vite»-meldingar.....	66

5.2.1 Funn og erfaringar.....	66
5.2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering.....	66
5.3 Klagesaker frå pleie- og omsorgstenesta etter helselovgivinga.....	66
5.3.1 Funn og erfaringar frå saker om rettar .....	67
5.3.2 Funn og erfaringar frå tilsynssaker .....	67
5.3.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering .....	67
5.4 Klagesaker frå pleie- og omsorgstenesta etter sosiallovgivinga.....	67
5.4.1 Funn og erfaringar frå klagesaker .....	68
5.4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering .....	68
<b>DEL IV – Risiko og sårbarheit i kommunale pleie- og omsorgstenester – oppsummering og vurdering.....</b>	<b>70</b>
<b>1 Risiko for svikt og sårbarheit i pleie- og omsorgstenesta basert på funn og erfaringar frå tilsyn – samandrag av informasjon frå del I–III i rapporten. ....</b>	<b>71</b>
<b>2 Risiko for svikt og sårbarheit i pleie- og omsorgstenesta – funn og erfaringar frå tilsyn sett i samanheng med informasjon frå andre kunnskapskjelder .....</b>	<b>73</b>
2.1 Omfang og mangfald .....	73
2.2 Tenester tilpassa behova til kvar enkelt.....	74
2.3 Heilskapleg og koordinert tenestetilbod .....	76
2.4 Styring og leing i ei omskifteleg verksemd .....	76
<b>3 Oppsummering og vegen vidare.....</b>	<b>78</b>
<b>Litteraturlistingar .....</b>	<b>79</b>
<b>Dikšun- ja fuolahusbálvalusat gáržžáhallet. Jagiid 2003 ja 2004 čeahkkáigeassu ja analysa iešguðet geahčuid gávnnaheimiid ja vásáhusaid olis .....</b>	<b>81</b>
<b>English summary: Nursing and Care Services Under Strain Comparison and Analysis of Findings and Experience from Supervision of Services in 2003 and 2004.....</b>	<b>82</b>

## Tabellar

<b>Tabell 1</b>	Årsak til behov for hjelp hos tenestemottakarar over og under 67 år .....	18
<b>Tabell 2</b>	Funksjonsnivå hos tenestemottakarar under og over 67 år .....	18
<b>Tabell 3</b>	Kvar bur tenestemottakarane? Personar under og over 67 år.....	19
<b>Tabell 4</b>	Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie fordelt på tenestemottakarar over og under 67 år .....	20
<b>Tabell 5</b>	Har personen tilstrekkeleg....?	21
<b>Tabell 6</b>	Funksjonsnivå hos tenestemottakarar med psykiske lidningar, fordelte på aldersgrupper .....	20
<b>Tabell 7</b>	Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie fordelt på tenestemottakarar i ulike aldersgrupper.....	23
<b>Tabell 8</b>	Har personen tilstrekkeleg....?	24
<b>Tabell 9</b>	Funksjonsnivå hos tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming samanlikna med med andre tenestemottakarar.....	25
<b>Tabell 10</b>	Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie, tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming samanlikna med andre tenestemottakarar.....	26
<b>Tabell 11</b>	Har personen tilstrekkeleg....?	27
<b>Tabell 12</b>	Funksjonsnivå hos tenestemottakarar der rusmiddelmissbruk er hovudårsaka til hjelpebehov samanlikna med andre tenestemottakarar.....	28
<b>Tabell 13</b>	Kvar bur tenestemottakarane som er rusmiddelmissbrukarar? .....	29
<b>Tabell 14</b>	Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie, tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar samanlikna med andre tenestemottakarar.....	29
<b>Tabell 15</b>	Har personen tilstrekkeleg....?	30

<b>Tabell 16</b>	Bivariat samanheng mellom planlagde personalressursar på dagtid, og om den hjelpa pasientane får på ulike område, blir vurdert som tilstrekkeleg. 122 sjukeheimar, netto om lag 3500 pasientar .....	33
<b>Tabell 17</b>	Har personen tilstrekkeleg ....? .....	34
<b>Tabell 18</b>	Vurderingar av kor tilstrekkeleg tenestene er for tre grupper av sjukeheimar med ulik vakanseprofil på undersøkingsdagen .....	36
<b>Tabell 19</b>	Samanheng mellom vurderingar av kor tilstrekkeleg tenestene er, og talet på pasientar per bemanna stilling .....	37
<b>Tabell 20</b>	Samanheng mellom vurderingar av kor tilstrekkeleg tenestene er, og talet på pasientar per bemanna stilling fordelt på ulike stillingskategoriar .....	38
<b>Tabell 21</b>	Talet på klager i 2003 og 2004 etter storleiken på kommunane.....	41
<b>Tabell 22</b>	Tema for klagene, åra 2003–2004 sett under eitt .....	42
<b>Tabell 23</b>	Personar under 67 år i sjukeheim. Kjønn, alder, funksjonsnivå.....	43
<b>Tabell 24</b>	Del som får tilstrekkelege tenester på sju område. Tenestemottakarar under og over 67 år.....	43
<b>Tabell 25</b>	Talet på klagesaker etter kapittel 4 i sosialtenestelova behandla av Fylkesmennene 2003 og 2004 fordelt på tenestetype.....	68
<b>Tabell 26</b>	Mottakarar av heimetenester i perioden 1992–2004. Tal per år fordelt på alder .....	73

## Samandrag

I denne rapporten som er delt inn i fire delar, presenterer Statens helsetilsyn ei samanstilling og oppsummering av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i perioden 2003–2004. Gjennom ei brei vurdering og drøfting av funn og erfaringar frå tilsyn og informasjon frå andre kunnskapskjelder, ønskjer Helsetilsynet å vere med på å gjere greie for situasjonen i delar av den kommunale sosial- og helsetenesta, og å peike på potensielt sårbare område med risiko for svikt i eit tilsynsperspektiv; det vil seie område der det ser ut til å vere fare for at tenestene ikkje fyller dei krava som er fastlagde i lov og forskrift.

*Del I av rapporten* inneheld nye analysar som forskingsinstituttet NOVA har gjort på oppdrag frå Statens helsetilsyn, av det innsamla materialet frå den nasjonale undersøkinga «Pleie- og omsorgstenestene i kommunane: tenestemottakarar, hjelpebehov og tilbod» (Rapport fra Helsetilsynet 10/2003), i tillegg til informasjon som NOVA har samla inn i 2004 gjennom besøk i kommunane i samband med sin LAG-studie (livsløp, aldring og generasjon).

Analysane omfattar skildring av tenestemottakarar som er under 67 år, tenestemottakarar med psykiske lidingar, tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming og tenestemottakarar som er rusmiddelbrukarar. Resultata byggjer på dei vurderingane og registreringane som fagpersonar i dei 73 kommunane i utvalet har gjort av hjelpebehovet til den enkelte tenestemottakaren, og av nokre sider ved tenestetilbodet.

Tenestetilbodet til alle tenestemottakarar under 67 år blir ofte vurdert som utilstrekkeleg samanlikna med tilbodet til andre grupper. Det ser i hovudsak ut til å henge

saman med at dei har andre medisinske og helsemessige behov, og bur andre stader, enn tenestemottakarar over 67 år. Medfødde funksjonshemmingar, skadar og multipel sklerose er oftare årsak til at dei under 67 år har behov for hjelp. Dei under 67 år bur også oftare i ei eller anna form for tilpassa kommunal bustad utan husbankstandard og i sin eigen opphavlege heim.

Analysane stadfestar at personar med psykiske lidingar systematisk får mindre tilstrekkelege tenester på alle dei undersøkte områda enn andre tenestemottakarar, uavhengig av alder og bustad.

Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming får i følgje desse analysane meir praktisk hjelp enn andre tenestemottakarar. Slik fagfolka vurderer det, gir resultatata *ikkje* grunn til å seie at nokon får for mykje hjelp.

Få av tenestemottakarane i denne undersøkinga er rusmiddelmissbrukarar, noko som gjer det vanskeleg å generalisere resultatata til å gjelde alle rusmiddelmissbrukarar som får kommunale pleie- og omsorgstenester. Dei rusmiddelmissbrukarane vi har informasjon om, ser etter det fagfolka vurderer, ut til å få eit tilstrekkelege tenestetilbod.

Analysane som NOVA har gjort på oppdrag frå Statens helsetilsyn, koplar også informasjon om bemanninga i sjukeheimane med data om tenestemottakarane i dei same sjukeheimane, alt innsamla frå dei 73 kommunane som var med i utvalet for den nasjonale kartlegginga til Helsetilsynet i 2003. Legg ein den planlagde bemanninga til grunn, det vil seie turnusplanane i verksemdene, viser dei nye analysane ein svak statistisk samanheng mellom personellressursar, målt som tal på pasientar per tilsett i pleie på



dagtid, og vurderingane om kva som er tilstrekkeleg knytt til personleg hygiene og stell. Forenkla kan ein seie at di fleire personar ein hadde planlagt skulle vere på vakt, di meir tilstrekkeleg vurderte ein at tilbodet var. Det er også gjort analysar som undersøker om andre faktorar, som funksjonsnivået til bebuarane, kjønn og alder, kan ha noko å seie for vurderingane av kva som er tilstrekkeleg. Resultata indikerer at det kan ha vore *faglege* utfordringar knytt til det å gi eit tilstrekkeleg tenestetilbod, utfordringar som er uavhengige av kor mykje personell verksemda set inn. For eksempel ser det ut til at det å gi både dei *aller svakaste* og dei *sprekaste* tilpassa hjelp med mat og måltid kan vere ei oppgåve som det er vanskeleg å løyse på ein tilfredsstillande måte, også der det ser ut til å vere godt med personellressursar.

Noko overraskande finn ein ikkje ein tilsvarende statistisk samanheng dersom ein legg den faktiske bemanninga til grunn, det vil seie talet på personar som faktisk var på vakt i undersøkingstidspunktet. Heller ikkje når ein tek omsyn til samansetninga av pasientar på sjukeheimen, finn ein att denne samanhengen.

*Del II i rapporten* inneheld Helsetilsynets vurderingar av resultata frå analysane til NOVA.

I alle dei fire undergruppene finn vi tenestemottakarar som har andre helsemessige, medisinske og/eller sosiale behov enn fleirtalet av tenestemottakarane i sektoren. Tilsynsorganet er oppteke av at også desse får eit individuelt tilpassa tenestetilbod, slik dei har behov for og rett til. At dei har behov for tenestetilbod som er annleis innretta og har eit anna innhald enn det som er mest vanleg, krev kreativitet og løysingsorientering frå verksemdsleiinga si side. Analysane indikerer at det kan vere sider ved innhaldet i og innrettinga av tenestetilbodet som ikkje «treff» somme av brukargruppene. Dette ser særleg ut til å gjelde menneske med psykiske lidningar og tenestemottakarar som er under 67 år og bur i eigen, opphavleg bustad.

Samanlikna med fleirtalet av tenestemottakarane i pleie- og omsorgstenestene har menneske med psykisk utviklingshemming ofte behov for ein annan type, og meir kontinuerleg, tilsyn utover direkte praktisk hjelp. Det kan derfor vere gode faglege grunnar for at omfanget av praktisk bistand er høgare hos tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming enn hos andre teneste-

mottakarar. Praktisk bistand og opplæring omfattar også meir miljøfaglege ressursar og tiltak, noko som kan ha avgjerande betydning blant anna for å førebyggje bruk av tvang og makt overfor denne gruppa av tenestemottakarar.

Analysane som byggjer på ei kopling av informasjon om bemanninga i sjukeheimane som er med i utvalet, med informasjon om tenestemottakarane i dei same sjukeheimane, viser at bemanninga åleine neppe er avgjerande for om tenestemottakarane får eit tilstrekkeleg tenestetilbod eller ikkje. Den mest sannsynlege forklaringa på dette resultatet er slik Helsetilsynet ser det, at vi gjennom det metodiske opplegget ikkje har med informasjon om organisering, arbeidsmiljø og haldningar hos personalet: faktorar som, i tillegg til talet på personar som er på vakt, kan ha noko å seie for om ein vurderer tenestetilbodet som tilstrekkeleg eller ikkje. Resultata som blei presenterte i hovudrapporten i 2003, viste tydeleg at kommunane har vanskar med å få fylt turnusplanane sine; noko som i seg sjølv er ein tydeleg peikepinn på utfordringane for kommunane på dette området.

Del III i rapporten inneheld ei samanstilling av funn og erfaringar frå andre tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004 som er relevante for korleis ein vurderer status i kommunale pleie- og omsorgstenester.

Funn frå landsomfattande tilsyn med kommunale sosialtenester til rusmiddelmissbrukarar i 2004 viser at tenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon i liten grad er i bruk overfor rusmiddelmissbrukarar, og at slike tenester frå kommunane si side får eit meir avgrensa innhald enn det lovgivar har sett som vilkår.

Gjennom tilsynsaktivitetar retta mot bruken av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming har ein funne at det er grunn til å vere uroleg for at tvang og makt blir brukt overfor enkelte brukarar, utan at det blir følgt opp slik lovverket føreset. Kommunane som er undersøkte, sikrar heller ikkje i tilstrekkeleg grad at ein prøver andre løysingar før ein bruker tvangstiltak.

Funn og erfaringar frå tilsyn som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka har gjennomført, gir inntrykk av at kommunane så langt det let seg gjere, legg til rette for eit tenestetilbod som møter individuelle behov og ønske hos tenestemottakarane, for

eksempel når det gjeld døgnrytme. Likevel ser det ut til at det er vanskelegare å sikre føreseielege og kontinuerlege tilbod til ei kvar tid. Det ser også ut til at det er eit stykke att før brukarmedverknad blir daglegdags i pleie- og omsorgstenesta.

Gjennom ulike rapporteringar til Statens helsetilsyn uttrykkjer fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka at dei er urolege for den økonomiske og personellmessige ressurs-situasjonen i kommunane, og for kva konsekvensar dette kan få for tenestetilbodet til brukarane. Nokre kommunar reduserer tilbodet om praktisk bistand og opplæring til tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming, og også andre tenestemottakarar – og grunngir dette med stram kommuneøkonomi, og ikkje med at behova til den enkelte brukaren har endra seg. Bemannings- og kompetansesituasjonen ser ut til å gjere tenestetilbodet sårbart og lite robust.

Mange kommunar kan dokumentere overfor tilsynsorganet at dei arbeider jamt og trutt med utviklings- og forbetningsarbeid for å sikre god styring av verksemda; det er Statens helsetilsyn godt nøgd med. Dei fleste kommunane har likevel eit arbeid å gjere med å omsetje det dei har planlagt i praksis og med å gjere styringssløfene kjende for medarbeidarane. Det ser særleg ut til at utviklinga av system for å handtere avvik har kome etter måten kort. Avvikshandtering handlar i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendingar; det handlar om å sjå uheldige hendingar som eit høve til å læring og forbetring.

*Del IV i rapporten* inneheld oppsummering og vurdering basert på dei funna og erfaringane som er presenterte i del I–III i rapporten. Dette blir også sett i samanheng med informasjon frå eit utval av andre kunnskapskjelder.

Samla sett gir dette Statens helsetilsyn grunn til å tru at det fagleg forsvarlege er på strekk i den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

Slik Statens helsetilsyn vurderer det, er det særleg to grunnleggjande trekk ved dagens pleie- og omsorgstenester som i seg sjølv byr på betydelege styringsutfordringar for kommunane, og som kan seiast å setje systema på strekk: *omfanget* og *mangfaldet* av behov, det vil seie talet på tenestemottakarar og talet på hjelpesituasjonar kvart døgn i mange ulike buformer, saman med alle slags medisinske, helsemessige og sosiale problem. Alle desse tenestemot-

takarane har, avhengig av alder, kjønn, bustadsituasjon og årsak til behovet for hjelp, rett på individuelt tilpassa tenester; og kommuneleiinga har ansvaret for at tenestetilbodet er fagleg forsvarleg.

Utvida ansvarsområde har dei seinare åra gitt kommunane utfordringar i form av nye brukargrupper med samansette og omfattande behov for hjelp og bistand, behov som best blir møtte gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vore vanleg tidlegare. Statens helsetilsyn meiner at det på grunnlag av analysane NOVA har gjort, funn og erfaringar frå tilsyn og resultat frå enkelte forskingsstudiar, er grunn til å vere uroa for om tenestetilbodet til enkelte grupper av brukarar med samansette og langvarige behov er stabilt og føreseieleg nok, om det har eit tilstrekkeleg omfang og innhald og er innretta slik at det reelt sett er tilpassa behova til den enkelte. Skal den individuelle tilpassinga av tenestetilbodet vere reell, er brukarmedverknad ein grunnleggjande føresetnad og kan vere eit aspekt ved forsvarleg tenesteyting. I kva grad ein har teke omsyn til brukarane sine synspunkt og ønske på ein tilfredsstillande måte er i dag uklart, men på bakgrunn av tilsynserfaringar og annan kunnskap om sektoren er det tydeleg nok at dette er eit sårbart område. I mange tilfelle er også samhandling og koordinering ein nødvendig føresetnad for forsvarleg tenesteyting til brukargrupper med samansette behov.

Sårbarheita til pleie- og omsorgstenestene ser særleg ut til å vere knytt til bemannings- og kompetansesituasjonen; det handlar om å sikre ei stabil bemanning med tilstrekkeleg kompetanse til å møte faglege utfordringar som mange gonger er samansette og kompliserte.

I kommunane er det leiinga som har ansvar for å planleggje og styre verksemda slik at knappe ressursar blir nytta til dei tenestemottakarane som har dei største medisinske, helsefaglege og sosiale behova; det er behova til den enkelte som skal vere grunnlaget for løysingane og tiltaka, ikkje omvendt.

Det ser ut til å vere eit godt stykke att før verksemdene står fram som lærande organisasjonar og tek i bruk tilgjengelege tilbakemeldingar, erfaringar og data for å evaluere eiga verksemd, anten det dreier seg om prioriteringar, ressursbruk, handtering av legemiddel eller bruk av tvang. Systematisk styring og leiing av verksemda er ein grunnleggjande føresetnad for å kunne gi fagleg

forsvarlege sosial- og helsetenester, og å sikre befolkninga dei tenestene det er behov for og rett til etter sosial- og helselovgivinga. Dette er ansvaret til kommuna og ei betydeleg utfordring sett i lys av det mangfaldet som pregar den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

## Bakgrunn

I denne rapporten presenterer Helsetilsynet ei samanstilling og oppsummering av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i perioden 2003–2004. Gjennom ei brei vurdering og drøfting av funn og erfaringar ønskjer Helsetilsynet å bidra til å skildre situasjonen i delar av den kommunale sosial- og helsetenesta, og å peike på potensielt sårbare område med risiko for svikt i eit tilsynsperspektiv; det vil seie område der det ser ut til å vere fare for at tenestene ikkje fyller dei krava som er fastlagde i lov og forskrift.

Rapporten inngår i Helsetilsynet sine aktivitetar knytt til områdeovervaking. Områdeovervaking er tilsyn med overordna perspektiv og omfattar innhenting, systematisering og tolking av kunnskap om sosial- og helsetenestene i eit tilsynsperspektiv. Målet med områdeovervaking er å samanstill informasjon frå ulike kunnskapskjelder, både egne og andre sine, for å kunne seie noko om eller å reise spørsmål knytt til forholdet mellom dei helsemessige og sosiale behova som befolkninga har, og det tenestetilbodet dei får. Kunnskapen er grunnlaget for dei vurderingane av risiko og sårbarheit som tilsynsorgana gjer, og er sentral i prosessane som fører fram til avgjerder om prioritering av område for tilsyn, både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Sårbarheit og risiko for svikt handlar i denne samanhengen om å ha ei kvalifisert oppfatning av uvisse knytt til moglege feil og uheldige hendingar som kan oppstå i eit system. Det krev at ein ikkje berre har kunnskap om korleis eit gitt system fungerer under normale forhold, men også at ein har god kjennskap til kva påkjenningar systemet kan bli utsett for både no og i framtida (1); med andre ord handlar vurderingar av

sårbarheit og risiko for svikt om å forstå kva som kan skje når system blir sette på strekk. Både vanlege kvardagssituasjonar og ekstreme, kritiske «unntakssituasjonar» og enkelte brukargrupper kan setje system på strekk og gjere risikoen for svikt og sårbarheit i tenestene synlege.

Tittelen «Pleie- og omsorgstenester på strekk» gir eit hint om at vi spesielt ønskjer å rette merksemd mot utviklingstrekk ved tenestemottakarane og ved tenestetilbodet som Statens helsetilsyn meiner utgjør særlege utfordringar for dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Det er grunn til å tru at for ein del kommunar er utfordringane så store at ein med rette kan snakke om at system er sette på vedvarande strekk, og at sårbarheita og risikoen for svikt er stor på ein del område.

## Bruk av ulike kjelder for informasjon og kunnskap

Informasjonen vi jamfører i denne rapporten er i hovudsak basert på funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar som Statens helsetilsyn har gjort i eller i grenseflata til kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003 og 2004. Helsetilsynet bruker ulike metodiske tilnærmingar, som gjer det mogleg for tilsynsorgana å sjå og vurdere eit tenestemråde frå fleire sider. Sagt på ein annan måte: Vi skaffar oss fleire observasjonar frå ulike utsiktspunkt, noko som kan gjere det mogleg å peike på moglege samanhengar og reise spørsmål knytte til sårbarheit og risiko for svikt.

Tilsynsorganet baserer risikovurderingane sine på eit samansett kunnskapsgrunnlag som omfattar både eigne kjelder og informasjon frå andre. I del IV av rapporten oppsummerer og vurderer vi enkelte sider ved pleie- og omsorgstenestene som vi ser på som sårbare. I hovudsak har vi konsentrert oss om kunnskap etablert gjennom våre eigne tilsynsaktivitetar, men vi trekkjer i nokon grad inn informasjon frå andre kjelder. Kunnskapstilfanget om pleie- og omsorgstenestene er stort, og vi har ikkje hatt høve til å gjere ein brei og altomfattande gjennomgang då vi laga denne rapporten.

Her følgjer ein kort gjennomgang av dei kjeldene vi har nytta i denne rapporten.

«Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud» – Statens helsetilsyns nasjonale kartlegging i 2003

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003 ei nasjonal kartlegging av 13 240 tenestemottakarar i 73 kommunar i eit representativt utval. Fagpersonar som kjende den enkelte tenestemottakaren godt, fylte ut eit registre-

ringsskjema om tenestemottakarane og gav si faglege vurdering av hjelpebehovet til vedkomande, i tillegg til nokre sider ved den hjelpa som vedkomande fekk. Hovudfunna i kartlegginga blei presentert i Rapport fra Helsetilsynet 10/2003 «Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud» (2). At utvalet er representativt, vil seie at resultatane frå utvalet blir omtrent det same som vi ville ha fått ved å undersøkje alle einingar som er omfatta av problemstillinga. Einingane i denne undersøkinga er pleie- og omsorgstenesta i norske kommunar.

Omgrepet *tilstrekkeleg* blir nytta i denne undersøkinga og er basert på dei skjønsmessige og subjektive vurderingane frå fagpersonar av i kva grad den enkelte tenestemottakaren får den hjelpa som vedkomande har behov for. Tilstrekkeleg er eitt av fleire kriterium som blir lagde til grunn når ein vurderer kva som er forsvarleg, og ein må kunne seie at dersom eit tenestetilbod ikkje er tilstrekkeleg, er det heller ikkje forsvarleg. Korleis tenestene blir utøvde, er eit anna og sentralt aspekt når ein vurderer om noko er forsvarleg. Denne undersøkinga gir ikkje informasjon om dette; det krev andre metodiske tilnærmingar enn den som er nytta her. I rapporten som ligg føre, er det same data-materialet nytta til å analysere nærare enkelte grupper av tenestemottakarar og det tenestetilbodet som dei får. Analysane (del I i rapporten) er utførte av forskingsinstituttet NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

For tilsynsorganet har resultatane frå denne undersøkinga høg validitet, det vil seie gyldigheit og relevans, når det gjeld å vurdere på nasjonalt nivå forholdet mellom det behovet som tenestemottakarane har for pleie- og omsorgstenester, og omfanget og

innhaldet i det tenestetilbodet dei får. Dei vurderingane som Helsetilsynet gjer av resultatane, er ikkje ei rettsleg vurdering av om krava frå styresmaktene til pleie- og omsorgstenestene er oppfylte. Metoden vi har nytta i denne undersøkinga, er ikkje eigna når det gjeld å vurdere om lovkrav er innfridde.

### Systemrevisjonar

Når Statens helsetilsyn systematisk skal undersøkje om aktivitetane og tilhøyrande resultat til ei gitt verksemd samsvarer med krava som er fastsette i lov eller forskrift, er det fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka som gjennomfører dette som planlagt tilsyn utført som systemrevisjonar. Tilsynsorganet har på førehand konkretisert kva krav lover og forskrifter stiller. Fordi det sjeldan er kapasitet til å gjennomføre revisjonar i alle aktuelle kommunar eller verksemder, vurderer fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka kvar behovet for å føre tilsyn er størst. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka gjennomfører tilsyn med tenester og verksemder dels på bakgrunn av kunnskap om lokale tilhøve og vurderingar av sårbarheit og risiko, og dels som ledd i landsomfattande tilsyn. Ein slik risikobasert og strategisk utvalsmetode både av tenestegrein, tema og verksemder inneber per definisjon at vi finn meir svikt og fleire avvik enn om utvalet var gjort tilfeldig. Under revisjonen vil tilsynet undersøkje om rutinar og prosedyrar er kjende og blir følgde i praksis, og om dei er formålstenlege i forhold til oppgåva eller problemet som skal løysast. Kjeldene er interne dokument frå verksemda om styring og resultat, intervju med leiarar og tilsette og ofte ein stikkprøve eller synfaring for å observere dei faktiske forholda. I tillegg til å avdekkje svikt på tilsynstidspunktet, kan tilsynet avdekkje uheldige forhold som på sikt kan føre til svikt i rettssikringa eller kor forsvarleg tenesta er, og med det bidra til å førebyggje brot på lover og forskrifter. Etter at fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka har klarlagt korleis forholda/praksisen ved den aktuelle verksemda er, blir dette vurdert opp mot krava frå styresmaktene for dei områda som revisjonen gjeld for. Rapporten som blir utarbeidd etter tilsynet, er adressert til verksemda der tilsynet har vore gjennomført.

Systemrevisjonen har høg validitet når det gjeld å vurdere om lovkrava er innfridde på den staden eller dei stadene der revisjonen er gjennomført, men funna er ikkje representativ for andre område eller verksemder.

I del III av rapporten oppsummerer vi funn og erfaringar frå denne typen undersøkingar.

Til slutt har vi i denne rapporten supplert med informasjon frå andre kjelder basert på tilsynsaktivitetar som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka har gjort på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

### Register for rettsklager og tilsynssaker (RegRoT)

RegRoT er verktøyet som Helsetilsynet i fylka har for å registrere både rettsklager og tilsynssaker i helsetenesta. Opplysningane som blir registrerte i RegRoT, er blant anna: Kven klager, kven blir det klaga på (helsepersonell/verksemd/spesialitet), klagegrunnlag, vurderingstema og resultatet av vurderinga frå Helsetilsynet i fylket.

Det primære målet for RegRoT er å levere summarisk statistikk innanfor eitt av kjerneområda for verksemda til tilsynsetaten. Statistikken blir brukt internt i fylket for å kvantifisere saksmengda, saksbehandlingstider, kva typar helseteneste og helsepersonell som sakene gjeld, kvifor det blir klaga osv. Registeret blir også brukt til å etterkome dei behova som det offentlege og overordna organ har for statistikk relatert til tilsyns- og klagesaksbehandling. Helsetilsynet i fylka leverer tertialvise rapportar til Statens helsetilsyn, og rapportane blir kvart år jamførte til bruk for årsrapporten frå Statens helsetilsyn og Tilsynsmeldinga. Sentralt blir RegRoT blant anna brukt som verktøy for å lage statistikk som kan seie noko om trendar for heile eller delar av landet.

### Rapportering av rettsklager etter sosiallovgevinga

Fylkesmennene rapporterer årleg til Statens helsetilsyn om arbeidet sitt knytt til rettsklager etter sosiallovgevinga. Alle avgjerder i kommunen som gjeld tildeling av eller avslag på søknad om sosiale tenester, under dette delar av pleie- og omsorgstenesta, kan klagast til Fylkesmannen. Klagen dreier seg i hovudsak om søkjarar som meiner at dei heilt eller delvis ikkje får det dei har rett til. Rapporteringane frå fylkesmennene til Statens helsetilsyn inneheld blant anna informasjon om talet på behandla klagesaker fordelt på dei ulike reglane i sosialtenestelova, utfallet av Fylkesmannens behandling av klagesakene (for eksempel om vedtaket i kommunen blei oppheva eller omgjort), talet på klager som er komne inn, og som er

under behandling når året er slutt, i tillegg til ei vurdering av utviklinga av talet på klagesaker og utfallet av desse. På bakgrunn av talmaterialet utarbeider Statens helsetilsyn kvart år ein rapport til fylkesmennene i landet der tal frå dei ulike embeta blir jamførte.

#### Medisinalmeldinga

Medisinalmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet i fylka, på oppdrag frå Statens helsetilsyn. Den gir oversikt over og vurdering av tilhøva i helsetenesta i fylket, bl.a. på bakgrunn av den kunnskapen som tilsynsaktivitetane gir. I enkelte fylke blir Medisinalmeldinga gitt ut av Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen (sosial- og helseavdelinga) i fellesskap. Sidan Fylkesmannen i tillegg til tilsyn og klagesaksbehandling har ein brei oppgåveportefølje som inneber fagutvikling, lovforvaltning, råd og rettleiing der oppdragsgivar er Sosial- og helsedirektoratet, blir derfor vesentlege delar av dette omtalte i Medisinalmeldinga. I andre fylke tek Medisinalmeldinga i hovudsak føre seg dei oppgåvene som Helsetilsynet har ansvaret for, og i mindre grad oppgåver som gjeld rådgiving og tiltak for å gjennomføre satsingsområde og ulike forvaltningsoppgåver.

#### «Verdt å vite»-meldingar

«Verdt å vite»-meldingar er eit rapporteringssystem frå fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka inn til Statens helsetilsyn. Rapporteringa som skjer ein gong i året, er ein kanal for å formidle kunnskap om lokale forhold som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka meiner at Statens helsetilsyn bør ha kjennskap til. Den lokale kunnskapen som ligg til grunn for meldingane, kan ha utspring i tilsyn, oppslag i media, lokale kartleggingar eller anna.

## DEL I

### **Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003**

*Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.*

Etter at arbeidet med hovudrapporten frå den nasjonale undersøkinga i pleie- og omsorgstenesta (2) var avslutta i 2003, fekk NOVA i oppdrag frå Statens helsetilsyn å gjere meir detaljerte analysar av det innsamla materialet. Oppdraget omfatta å vise spreingsmål på eit utval av variablar og nærare analysar av fire undergrupper av tenestemottakarar (sjå del I, kapittel I), og å kople informasjon frå bemanningskartlegginga med data om tenestemottakarar i sjukeheimane (del I, kapittel 2). NOVA fekk dessutan i oppdrag å samle inn informasjon om tre utvalde tema i samband med ein større studie som NOVA arbeider med (namnet på studien er Livsløp, Aldring og Generasjon: LAG-studien). I tilknytning til denne studien besøkte NOVA 21 av dei 73 kommunane/bydelane som deltok i kartlegginga til Helsetilsynet (del, kapittel 3).



## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA  
analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

# 1 Analysar av fire undergrupper av tenestemottakarar

Vidare i dette kapitlet presenterer vi resultat for fire av undergruppene: tenestemottakarar under 67 år, tenestemottakarar med psykiske lidningar og tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming. Den fjerde gruppa, tenestemottakarar som er rusmisbrukarar, utgjorde ein svært liten del av totalutvalet (83 personar, som er 0,6 prosent av totalutvalet). Resultata som blir presentert knytte til rusmisbrukarar, er derfor usikre ut frå den undersøkingemetoden som er brukt. At delen av rusmisbrukarar i undersøkinga er liten, speglar truleg det forholdet at den kommunale pleie- og omsorgstenesta har svært liten kontakt med denne gruppa.

## 1.1 Materiale og metode

Spørsmålet «Kven er dei?» blir svart gjennom å skildre alder, kjønn og funksjonsnivå, og for personar under 67 år: hovudårsaka til at dei treng hjelp. Spørsmålet «Kvar bur dei?» blir svart med tal for bustad, fordelte på «eigen heim», «ulike kommunale husrvære» og «institusjonar». «Kva tenestetilbod har dei?» er delvis svart gjennom bustadskildringa, men i tillegg skildrar vi kva dei ulike gruppene fekk av heimetenester og institusjonstenester på undersøkingstidspunktet. Vanlegvis samanliknar ein den gruppa som det blir gjort greie for, med alle dei andre tenestemottakarane i materialet.

Vurderingane av kva som er tilstrekkeleg, byggjer på oppfatningane til fagpersonen som har fylt ut registreringsskjemaet elles i undersøkinga (jamfør kartlegginga frå 2003 og drøftinga av denne framgangsmåten i rapporten frå det tidspunktet, kapittel 2 og 5) (2).

Datamaterialet er det same som i hovud-

rapporten «Pleie- og omsorgstenesta i kommunane: tenestemottakarar, hjelpebehov og tilbod», det vil seie 13 240 tenestemottakarar frå 73 kommunar som er trekte tilfeldig frå eit utval stratifisert etter landsdel og innbyggjartal. Framstillingane byggjer på det same settet av variablar som i hovudrapporten (2). Ingen nye data blir nytta i det følgjande.

Framstillinga er lagd opp som ein kommentert tabellrapport, det vil seie ein dokumentasjon ved hjelp av tal som blir innleidd av ein forklarande tekst. Teksten er skriven slik at dei fire spørsmåla vi har nemnt ovanfor, blir svart for kvar undergruppe etter tur. All dokumentasjon er kalla «tabellar» for å gjere det enkelt. Dei er nummererte fortløpande slik at det skal vere lett å finne fram i dei.

I all hovudsak har vi nytta deskriptiv statistikk, det vil seie frekvens- og krysstabellar. Dei siste er utstyrte med p-verdiar. Alle slike verdiar som er  $<0,05$ , indikerer at det berre er sannsynleg at fem prosent av dei forskjellane ein finn, kan kome av tilfeldige feil eller tilfeldige variasjonar i sjølve utvalet. Dei representerer derfor reelle forskjellar som ein ganske trygt kan generalisere til å gjelde heile pleie- og omsorgstenesta i Noreg ved undersøkingstidspunktet. Når talet på observasjonar i materialet er små, og dei statistiske konsekvensane av tilfeldige feil blir store, stig p-verdien, og omvendt. Ein må altså ikkje stire seg blind på p-verdien for å gjere seg opp ei meining om ein forskjell mellom grupper er stor, liten, sikker eller usikker. Ein må bruke skjønn og sunn fornuft i tillegg. Forskjellane ein ser, for eksempel prosentdelen mellom grupper, kan vere reelle, sjølv om p-verdien er  $>0,05$ . Men for å eventuelt kunne dokumentere dette så sikkert som råd, treng ein i nokre tilfelle eit større tal observasjonar.

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

## 1.2 Tenestemottakarar som er under 67 år

### 1.2.1 Kven er dei?

Av totalutvalet i undersøkinga var 1974 (15 prosent) av tenestemottakarane under 67 år. Fordelinga mellom kjønna blant tenestemot-

takarane under 67 år var ganske jamn: 49,4 prosent er kvinner, og 50,6 prosent er menn. I gruppa over 67 år er det langt fleire kvinner (73,2 prosent) enn menn (26,8 prosent).

Tabellen nedanfor samanliknar tenestemottakarar over og under 67 år når det gjeld hovudårsaka til at dei treng hjelp:

Tabell 1

Årsak til behov for hjelp hos tenestemottakarar over og under 67 år

		Tenestemottakarar under 67 år	Tenestemottakarar over 67 år	Alle tenestemottakarar
Psykisk utviklingshemming	Tal	567	95	662
	Prosent	31,1 %	0,9 %	5,3 %
Psykisk lidning	Tal	557	1 033	1 590
	Prosent	30,5 %	9,7 %	12,8 %
Aldersdemens	Tal	36	2 609	2 645
	Prosent	2,0 %	24,6 %	21,3 %
Somatiske lidningar	Tal	664	6 862	7 526
	Prosent	36,4 %	64,7 %	60,6 %
Totalt	Tal	1 824	10 599	12 423
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

p<0,01

Medfødde funksjonshemmingar, skadar, MS og rusmiddelmissbruk er sterkare representert i gruppa under 67 år enn hos dei som er over 67 år. Demenstilstandar som hovudårsak til at ein treng hjelp, finn ein sjeldan i gruppa under 67 år. Når det gjeld underliggjande årsak til hjelpebehovet, er den mest markante forskjellen at dei under 67 år oftare har ei utviklingshemming eller ei psykisk lidning samanlikna med dei over 67 år. Teneste-

mottakarar med utviklingshemming og tenestemottakarar med psykisk lidning blir elles meir inngåande gjorde greie for i eit seinare avsnitt.

Tabellen nedanfor viser korleis funksjonsnivå målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV)<sup>1</sup> er fordelt hos tenestemottakarar under og over 67 år.

1) Barthels ADL-indeks er ein metode for å måle omfanget av funksjonssvikt i ti basale eigenomsorgsfunksjonar, som til dømes personleg hygiene, å kle på seg, kontinens, mobilitet osv. Indeksen uttrykkjer funksjonsnivået i form av eit tal mellom 0 og 20. Eit høgt tal fortel at vedkomande i stor grad er sjølvhjelpet, eit lågt tal fortel at det er lågt funksjonsnivå. KDV er eit mål på mental svikt, og blir vanlegvis nytta for å karakterisere graden av demens. Den KDV-varianten som er nytta her, måler fem forskjellige funksjonar: minne, orienteringsevne, vurderingsevne og mentale evner som er ein føresetnad for å delta i samfunnsaktivitetar, og for å utføre huslege gjeremål. Både personar med demens, psykisk utviklingshemming, menneske med psykiske lidningar og personar med somatisk sjukdom kan ha mental svikt som blir fanga opp av KDV. KDV-skalaen går frå 0 til 15, men her tyder ein auke i verdiane i KDV-skalaen det motsatte av det dei gjer i Barthel-skalaen. Eit høgt tal i KDV er teikn på sviktande mental/kognitiv funksjon, mens det altså er motsett for dei funksjonane som Barthel måler.

Tabell 2

Funksjonsnivå hos tenestemottakarar under og over 67 år

		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Tenestemottakarar under 67 år	Gjennomsnitt	14,9	4,9
	Tal	1 800	1 781
Tenestemottakarar over 67 år	Gjennomsnitt	13,2	5,7
	Tal	10 485	10 328
Alle tenestemottakarar	Gjennomsnitt	13,4	5,6
	Tal	12 285	12 109

p<0,001

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Både det fysiske og det kognitive funksjonsnivået blant dei under 67 år er som venta noko betre enn for dei over, men forskjellane målt med Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) er eigentleg små. Forskjellane mellom tenestemottakarar i dei ulike aldersgruppene under 67 år er heller ikkje så store: Barn og unge er kroppsleg skrøpelegare, men fungerer betre kognitivt samanlikna med gruppene over 20. Det vil truleg seie at ein blant dei yngste finn mange med medfødde funksjonshemmingar, men med eit avgrensa innslag av utviklingshemming. Berre 3 prosent av dei under 67 år som har dette som hovudårsak til at dei treng hjelp, er i den yngste aldersgruppa. Dei små forskjellane i funksjonsnivå ein finn hos tenestemottakarar med eit så stort aldersspekter, indikerer at det kan eksistere ein slags felles «behovsterskel» for når ein etterspør eller får tilbod om pleie- og omsorgstenester. Nesten uavhengig av alder og årsak til hjelpebehov ser det ut til å vere ein

slags felles terskel for kva slags funksjonsnivå som utløyser hjelp frå dagens kommunale pleie- og omsorgstenester. Gruppevis liknar tenestemottakarane ganske mykje på kvarandre når det gjeld kor skrøpelege dei er kroppsleg og mentalt, målt ved Barthelindeksen og KDV.

### 1.2.2 Kvar bur dei?

Tenestemottakarar under 67 år bur ofte i trygdebustader/servicebustader/andre tilpassa bustader utan husbankstandard, og sjeldnare i nyare omsorgsbustader eller aldersinstitusjonar. Ser ein nærare på gruppa under 67 år, er det påfallande at få (11 av 43 personar) av dei under 20 år – det vil seie dei aller yngste i utvalet – bur «heime», altså i ordinære bustader utan kommunal disposisjonsrett. Den største gruppa av dei yngste bur i kommunalt husvære utan husbankstandard.

Tabell 3

Kvar bur tenestemottakarane? Personar under og over 67 år

		Tenestemottakarar under 67 år	Tenestemottakarar over 67 år	Alle tenestemottakarar
Sjukeheim/sjukeheimsavdeling	Tal	157	3 673	3 830
	Prosent	8,3 %	34,5 %	30,5 %
Aldersheim/aldersheimsavdeling	Tal	10	378	388
	Prosent	0,5 %	3,5 %	3,1 %
Omsorgsbustad med husbankstandard	Tal	294	1 069	1 363
	Prosent	15,6 %	10,0 %	10,9 %
Annan bustad med kommunal disposisjonsrett	Tal	660	1 465	2 125
	Prosent	35 %	13,7 %	16,9 %
Heime (ordinær bustad utan kommunal disposisjonsrett)	Tal	767	4 071	4 838
	Prosent	40,6 %	38,2 %	38,6 %
Totalt	Tal	1 888	10 656	12 544
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

p<0,001

Dei som er under 67 år, og som bur i sjukeheim, har noko oftare eit mellombels opphald enn eldre sjukeheimsbebuarar, og dei er som venta sjeldnare i skjerma avdeling. I Helse-tilsynets kartlegging frå 2003 var 180 personar under 67 år på sjukeheim, av i alt 3830 sjukeheimspasientar. Sjølv om tre av fire har eit opphald som ein karakteriserer som «permanent», er yngre pasientar som ein hovudregel på sjukeheim mens dei blir

rehabiliterer, eller mens ein utarbeider andre bustadløyningar for dei; vanlegvis ein tilrettelagd bustad/omsorgsbustad. Men både rehabilitering av tenestemottakaren og tilrettelegging av bustad (nokre gonger vil det seie nybygg) kan ta tid, ikkje sjeldan både eitt og to år. Somme personar under 67 år ønskjer å bli i sjukeheim, sjølv om dei får andre tilbod.

### Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

### 1.2.3 Kva tenestetilbod har dei, og er det tilstrekkeleg?

Som tabellen nedanfor viser, er det stor forskjell på kor mykje heimehjelp/praktisk bistand som blir ytt til personar over og under 67 år. Dette kjem i hovudsak av at det er ulik del av utviklingshemming i dei to gruppene. Utviklingshemma får meir praktisk bistand

enn alle andre, også sett i forhold til funksjonsnivået slik det blir målt her (sjå hovudrapporten, kapittel 4) (2). Dette kjem vi nærare tilbake til i kapittel 4.1.4, der vi nærare skildrar gruppa tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming.

Tabell 4

Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie fordelt på tenestemottakarar over og under 67 år

		Timar per veke med heimehjelp/praktisk bistand	Heimesjukepleie – tal gonger per veke
Tenestemottakarar under 67 år	Gjennomsnitt	14,8	8,6
	Tal	1 477	1 272
Tenestemottakarar over 67 år	Gjennomsnitt	1,9	10,2
	Tal	5 881	6 101
Alle tenestemottakarar	Gjennomsnitt	4,5	9,9
	Tal	7 358	7 373

$p < 0,001$

Tabellen nedanfor viser at samanlikna med eldre tenestemottakarar får personar under 67 år noko sjeldnare tilstrekkelege tenester av typen praktisk hjelp og pleie. For områda sosial kontakt, aktivisering og ulike former for fagleg tilsyn er forskjellane mindre. Det er elles ikkje alderen i seg sjølv som er den eigentlege faktoren som ligg bak, men det faktum at dei under 67 år har andre årsaker til hjelpebehovet og er i andre bustads-

kontekstar enn dei over 67 år. Særleg dei som bur i institusjonar, får oftare tilstrekkelege tenester, uavhengig av alder. Det er først og fremst desse faktorane som er med på å forklare forskjellane på kor tilstrekkelege tenestene er for dei to aldersgruppene. Sjå også dei meir detaljerte analysane som vi gjengir i tabell 5.4 i hovudrapporten (2).

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 5  
Har personen tilstrekkeleg ...?

			Teneste- mottakarar under 67 år	Teneste- mottakarar over 67 år	Alle teneste- mottakarar
Hjelp til personleg hygiene	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	257	1 227	1 484
		Prosent	18,2 %	14,2 %	14,8 %
P<0,001	Tilstrekkeleg	Tal	1 155	7 399	8 554
		Prosent	81,8 %	85,8 %	85,2 %
Tilsyn om kvelden/natta	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	155	710	865
		Prosent	12,2 %	9,5 %	9,9 %
p=0,002	Tilstrekkeleg	Tal	1 115	6 791	7 906
		Prosent	87,8 %	90,5 %	90,1 %
Hjelp til mat og måltid	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	165	713	878
		Prosent	12,9 %	9,5 %	10,0 %
p<0,001	Tilstrekkeleg	Tal	1 117	6 757	7 874
		Prosent	87,1 %	90,5 %	90,0 %
Praktisk hjelp i huset	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	284	1 023	1 307
		Prosent	18,8 %	15,9 %	16,4 %
p=0,003	Tilstrekkeleg	Tal	1 227	5 427	6 754
		Prosent	81,2 %	84,1 %	83,6 %
Aktivitetstiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	788	4 258	5 046
		Prosent	57,6 %	60,1 %	59,7 %
p=0,044	Tilstrekkeleg	Tal	580	2 824	3 404
		Prosent	42,4 %	39,9 %	40,3 %
Sosiale tiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	814	4 271	5 085
		Prosent	59,4 %	60,3 %	60,2 %
p=0,278	Tilstrekkeleg	Tal	556	2 811	3 367
		Prosent	40,6 %	39,7 %	39,8 %
Sjukepleie-fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	176	916	1 092
		Prosent	12,2 %	10,5 %	10,7 %
p=0,029	Tilstrekkeleg	Tal	1 272	7 843	9 115
		Prosent	87,8 %	89,5 %	89,3 %
Legetilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	142	812	954
		Prosent	10,9 %	11,0 %	11,0 %
p=0,489	Tilstrekkeleg	Tal	1 158	6 568	7 726
		Prosent	89,1 %	89,0 %	89,0 %
Anna fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	162	543	705
		Prosent	26,0 %	21,7 %	22,6 %
p=0,13	Tilstrekkeleg	Tal	461	1 958	2 419
		Prosent	74,0 %	78,3 %	77,4 %

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

### 1.3 Tenestemottakarar med psykiske lidingar

#### 1.3.1 Kven er dei?

Kjønnsfordelinga blant tenestemottakarar med psykiske lidingar er nesten den same som for andre tenestemottakarar: 67,4 prosent er kvinner og 32,6 prosent er menn. Dette kjem sannsynlegvis av alderssammansetninga i gruppa, som har ei overvekt av eldre. Spreiinga er stor: frå 18 år til 99 år. Gjennomsnittet er 70, medianen 76.

Den store delen av psykiatriske pasientar i høg alder er overraskande og kjem ganske sikkert av utvalet. Heimebuande tenestemottakarar som berre får heimesjukepleie, er ikkje tekne med, men det er alle psykiatriske pasientar som er i kommunalt disponerte bustader, i aldersinstitusjon eller får heime-teneste som består av både heimesjukepleie og praktisk bistand. Dette fører truleg til ein overrepresentasjon av eldre. For å korrigere noko for dette er tenestemottakarane i det følgjande delte inn i ulike aldersgrupper og analyserte etter det.

Tabell 6

Funksjonsnivå hos tenestemottakarar med psykiske lidingar, fordelte på aldersgrupper

Alder		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Under 40 år	Gjennomsnitt	19,1	3,9
	Tal	112	110
	Standardavvik	2,3	2,9
40 – 49 år	Gjennomsnitt	18,9	3,9
	Tal	109	107
	Standardavvik	2,5	2,8
50 – 59 år	Gjennomsnitt	18,4	3,9
	Tal	149	149
	Standardavvik	3,2	3,0
60 – 69 år	Gjennomsnitt	17,5	4,2
	Tal	174	168
	Standardavvik	3,8	3,3
70 – 79 år	Gjennomsnitt	15,8	5,2
	Tal	362	351
	Standardavvik	4,9	3,8
Over 80 år	Gjennomsnitt	13,6	5,9
	Tal	581	574
	Standardavvik	5,6	4,2
Totalt	Gjennomsnitt	15,9	5,0
	Tal	1 487	1 459
	Standardavvik	5,1	3,8

p<0,001

Når det gjeld funksjonsnivå, er tenestemottakarar med psykiske lidingar i aldersgruppene under 60 år ganske like både når det gjeld ADL og kognitiv/mental funksjon. Deretter endrar dei seg i venta retning med alderen: Tenestemottakarane blir skrøpeligare både fysisk og kognitivt.

#### 1.3.2 Kvar bur dei?

I denne gruppa er det vanlegaste å bu i eigen, privat heim (39 prosent), deretter i ulike kommunale bustader (36 prosent) og institusjonar (25 prosent). Alt i alt bur om lag 15 prosent i bufellesskap eller bukollektiv av ulike slag. Det er tydelege forskjellar mellom aldersgruppene: Svært få av dei yngre bur i

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

aldersinstitusjonar, mens dette gjeld mange av dei eldre.

### 1.3.3 Kva tenestetilbod har dei, og er det tilstrekkeleg?

Sjølv om tabellen nedanfor viser at besøks-

frekvensen aukar noko med alderen, har likevel alle grupper i gjennomsnitt kontakt med heimesjukepleia om lag éin gong om dagen. Dei to yngste gruppene har meir praktisk bistand enn dei andre.

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 7

*Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie fordelt på tenestemottakarar i ulike aldersgrupper*

		Timar per veke med heimehjelp/ praktisk bistand	Heimesjukepleie – tal gonger per veke
Under 40 år	Gjennomsnitt	6,2	6,6
	Tal	92	102
40 - 49 år	Gjennomsnitt	4,3	5,5
	Tal	115	93
50 – 59 år	Gjennomsnitt	2,8	5,9
	Tal	144	134
60 – 69 år	Gjennomsnitt	2,4	6,3
	Tal	137	136
70 – 79 år	Gjennomsnitt	2,1	8,7
	Tal	243	253
Over 80 år	Gjennomsnitt	1,9	9,9
	Tal	298	308
Total	Gjennomsnitt	2,8	7,9
	Tal	1029	1026

$p < 0,000$  for begge heimetenester

Tenestemottakarar med psykiske lidningar får systematisk mindre tilstrekkelege tenester enn andre tenestemottakarar i pleie- og omsorgstenesta. Når ein korrigerer for funksjonsnivå, alder og bustadskontekst, blir denne ulikskapen enda større, jamfør tabell 5.4 i hovudrapporten (2).

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 8  
Har personen tilstrekkeleg ...?

			Teneste- mottakarar med psykiske lidingar	Andre teneste- mottakarar	Alle teneste- mottakarar
Hjelp til personleg hygiene	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	197 18 %	897 82 %	1 094 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	1 267 14,5 %	7 500 85,5 %	8 767 100 %
Tilsyn om kvelden/natta	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	126 12,8 %	862 87,2 %	988 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	731 9,6 %	6 913 90,4 %	7 644 100 %
Hjelp til mat og måltid	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	120 12,2 %	865 87,8 %	985 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	754 9,9 %	6 884 90,1 %	7 638 100,0 %
Praktisk hjelp i huset	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	200 19,3 %	838 80,7 %	1 038 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	1 094 16,2 %	7 673 83,8 %	6 767 100 %
Aktivitets-tiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	646 60,9 %	415 39,1 %	1 061 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	4 334 59,7 %	2 920 40,3 %	7 254 100 %
Sosiale tiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	689 59,7 %	399 40,3 %	1 088 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	4 322 59,7 %	2 912 40,3 %	7 235 100 %
Sjukepleie-fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	165 13,1 %	1 97 86,9 %	1 262 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	923 10,5 %	7 859 89,5 %	8 782 100 %
Legetilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	134 12,8 %	914 87,2 %	1 048 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	809 10,8 %	6 686 89,2 %	7 495 100 %
Anna fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	143 32,1 %	302 67,9 %	445 100 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	555 21,1 %	2 078 78,9 %	2 633 100 %

Ein har også undersøkt samanhengen mellom alderen på tenestemottakaren og kor tilstrekkelege tenestene er. Eit tydeleg mønster teiknar seg: For alle typar praktisk hjelp og pleie, og for sjukepleiefagleg tilsyn, aukar delen av tenestemottakarar med psykiske lidingar som ein ventar får tilstrekkeleg hjelp, med alderen. For aktivisering og sosiale tiltak er det omvendt. For legetilsyn og anna fagleg tilsyn er forskjellane mellom



## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

aldersgruppene små og usystematiske. Det kan altså sjå ut til at kommunane satsar mest på sosiale behov hos yngre psykiatriske pasientar, og mest på bistands- og pleiebehov hos eldre psykiatriske pasientar.

### 1.4 Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming

#### 1.4.1 Kven er dei?

I gruppa tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming er 49,6 prosent kvinner og 50,4 prosent menn. At kjønnsfordelinga er

så jamn i denne gruppa, heng truleg saman med aldersfordelinga: Gjennomsnittsalderen er 47 år, mens han for tenestemottakarane elles er 80 år. Spreiinga i gruppa er stor, frå 9 til 99 år. Medianverdien er 46 år.

Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming er kroppsleg noko sprekare enn gjennomsnittet for alle andre tenestemottakarar i pleie- og omsorgstenesta, mens den kognitive funksjonen deira – som venta – i gjennomsnitt er noko lågare. Men alt i alt må ein seie at ulikskapane også her er små.

Tabell 9

Funksjonsnivå hos tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming samanlikna med andre tenestemottakarar

Hovudårsak til hjelpebehov		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Psykisk utviklingshemming	Gjennomsnitt	14,4	6,8
	Tal	628	612
	Standardavvik	5,9	3,9
Andre tenestemottakarar	Gjennomsnitt	13,3	5,6
	Tal	11 382	11 209
	Standardavvik	6,1	5,1
Alle tenestemottakarar	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Tal	12 010	11 821
	Standardavvik	6,1	5,0

$p < 0,001$

#### 1.4.2 Kvar bur dei?

Det vanlegaste er å bu i kommunal bustad utan husbankstandard (53 prosent) eller i omsorgsbustad med husbankstandard (25 prosent). 80 prosent av bustadene utan husbankstandard og 74 prosent av dei med husbankstandard er del av eit bukollektiv eller eit bufellesskap. Dette er alt i alt den vanlegaste buforma som denne gruppa får tilbod om. 7 prosent av denne gruppa bur i aldersinstitusjonar. Desse tenestemottakarane er frå 34 til 90 år gamle, gjennomsnittet er 72 år, medianverdien 75. Blant dei utviklingshemma som bur i aldersinstitusjonar, har 88 prosent permanent opphald. 12 prosent bur i skjerma einingar; ingen av desse har mellombels opphald.

#### 1.4.3 Kva tenestetilbod har dei, og er det tilstrekkeleg?

Tabellen nedanfor viser talet på timar med heimehjelp/praktisk bistand per veke og talet på besøk per veke av heimesjukepleie som tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming har, samanlikna med andre tenestemottakarar.

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 10

Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie, tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming samanlikna med andre tenestemottakarar

		Timar per veke med heimehjelp/praktisk bistand	Heimesjukepleie – tal gonger per veke
Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming	Gjennomsnitt	33,9	8,5
	Tal	488	306
Andre tenestemottakarar	Gjennomsnitt	2,4	10,1
	Tal	6 638	6 816
Alle tenestemottakarar	Gjennomsnitt	4,6	10,0
	Tal	7 126	7 122

Praktisk bistand:  $p < 0,001$ , heimesjukepleie:  $p > 0,05$

Når det gjeld heimetenester, er forskjellen på kor mykje bistand ein har fått, stor mellom tenestemottakarar med utviklingshemming og andre tenestemottakarar, jamfør også framstillingar og analysar i hovudrapporten frå 2003 (kapittel 4 og 5). Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming har i gjennomsnitt noko betre ADL-funksjonar enn andre tenestemottakarar (sjå tabell 9 ovanfor), mens det omvendte gjeld for mentale funksjonar målt ved KDV (sjå tabell 9 ovanfor). Det finst med andre ord trekk ved behova til dei utviklingshemma som kan gi rimelege forklaringar på det store volumet av praktisk bistand som blir ytt til gruppa.

I tillegg skil ein del tenestemottakarar med utviklingshemming seg frå andre teneste-

mottakarar ved at dei har behov for kontinuerleg tilsyn. Somme tenestemottakarar med utviklingshemming har utagerande åtferd som gjer det nødvendig med kontinuerleg høgare bemanning for å førebyggje at utfordrande situasjonar oppstår.

Tabell 11 viser at det er små forskjellar mellom utviklingshemma og andre når det gjeld vurderingane av kva som er tilstrekkeleg. Også når ein vurderer kor tilstrekkeleg eit tenestetilbod er etter alderen på den utviklingshemma, er forskjellane ubetydelege. Det einaste unntaket er sosiale tiltak, der tilboda blir noko mindre tilstrekkelege for utviklingshemma tenestemottakarar over 60 år (tal blir ikkje viste).

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 11  
Har personen tilstrekkeleg ...?

			Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming	Alle tenestemottakarar
Hjelp til personleg hygiene	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	105 16,8 %	1 359 14,7 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	519 83,2 %	7 877 85,3 %
Tilsyn om kvelden/natta	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	63 10,5 %	794 9,9 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	537 89,5 %	7 238 90,1 %
Hjelp til mat og måltid	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	75 12,4 %	799 10,0 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	530 87,6 %	7 218 90,0 %
Praktisk hjelp i huset	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	95 15,5 %	1 199 16,7 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	517 84,5 %	5 993 83,3 %
Aktivitetstiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	340 55,6 %	4 639 60,2 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	271 44,4 %	3 064 39,8 %
Sosiale tiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	372 61,1 %	4 638 60,1 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	237 38,9 %	3 075 39,9 %
Sjukepleiefagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	51 9,6 %	1 037 10,9 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	482 90,4 %	8 473 89,1 %
Legetilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	31 5,4 %	912 11,4 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	544 94,6 %	7 055 88,6 %
Anna fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	69 24,6 %	629 22,5 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	211 75,4 %	2 169 77,5 %

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

### 1.5 Tenestemottakarar som er rusmiddel-misbrukarar

#### 1.5.1 Kven er dei?

I materialet som er nytta her, er desse ei lita gruppe. Ho tel berre 83 personar, og 79 prosent av dei er menn. Dette er svært ulikt kjønnsfordelinga i resten av utvalet, der kvinnene utgjer 70 prosent.

Gjennomsnittleg alder er 67 år (for kvinner 69 år, for menn 66 år). Spreiinga er frå 23 til 90 år, medianen er 68 år. Gruppa er med andre ord mykje prega av eldre menn. Akkurat som for tenestemottakarar med psykiske lidingar speglar denne alderssamansetninga truleg til ein viss grad utvalskriteria: Av dei som bur i eigne heimar, er berre personar med både praktisk bistand og heimesjukepleie tekne med.

Tabell 12

*Funksjonsnivå hos tenestemottakarar der rusmiddel-misbruk er hovudårsaka til hjelpebehov samanlikna med andre tenestemottakarar*

Hovudårsak til hjelpebehov		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Rusmiddel-misbruk	Gjennomsnitt	16,0	5,4
	Tal	80	83
	Standardavvik	3,9	3,8
Andre teneste-mottakarar	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Tal	11 931	11 739
	Standardavvik	6,1	5,0
Alle tenestemottakarar	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Tal	12 011	11 822
	Standardavvik	6,1	5,0

$p > 0,05$

Rusmiddel-misbrukarane har i gjennomsnitt noko betre ADL-funksjonar, mens den kognitive funksjonen i gjennomsnitt er på nivå med dei andre tenestemottakarane. Yngre og eldre rusmiddel-misbrukarar skil seg åt på dette området. I aldersgruppene under 60 år er tenestemottakarar med rusproblem ganske like både når det gjeld ADL og kognitiv/mental funksjon. Deretter endrar funksjonsnivået seg i venta retning: auka

kroppslig og kognitiv svekking med alderen. At dette omslaget skjer allereie rundt 60-årsalderen, kjem truleg av nettopp verknadene av rusmiddel-misbruk over tid.

#### 1.5.2 Kvar bur dei?

Tabellen nedanfor viser at det vanlegaste er å bu heime, deretter i kommunal bustad utan husbankstandard.

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 13

Kvar bur tenestemottakarane som er rusmiddelmissbrukarar?

		Tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar	Alle tenestemottakarar
Sjukeheim/sjukeheimsavdeling	Tal Prosent	15 18,1 %	3 830 30,5 %
Aldersheim/aldersheimsavdeling	Tal Prosent	2 2,4 %	388 3,1 %
Omsorgsbustad med husbankstandard	Tal Prosent	10 12,0 %	1 363 10,9 %
Annan bustad med kommunal disposisjonsrett	Tal Prosent	15	2 125
		18,1 %	16,9 %
Heime (ordinær bustad utan kommunal disposisjonsrett)	Tal Prosent	41	4 838
		49,4 %	38,6 %
Totalt	Tal Prosent	83	12 544
		100,0 %	100,0 %

p>0,05

1.5.3 Kva tenestetilbod har dei , og er det tilstrekkeleg?

Som tabell 11 viser, har gruppa rusmiddelmissbrukarar mindre praktisk bistand enn andre tenestemottakarar, noko som truleg kjem av

at dei har noko høgare ADL-nivå. Bistand frå heimesjukepleia er på nivå med alle andre.

Tabell 14

Omfang av heimehjelp/praktisk bistand og heimesjukepleie, tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar samanlikna med andre tenestemottakarar

		Timar per veke med heimehjelp/praktisk bistand	Heimesjukepleie – tal gonger per veke
Tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar	Gjennomsnitt	1,8	8,2
	Tal	63	62
Andre tenestemottakarar	Gjennomsnitt	4,6	10,1
	Tal	7 064	7 061
Alle tenestemottakarar	Gjennomsnitt	4,6	10,0
	Tal	7 127	7 123

p>0,001 for begge hjelpetilboda

Det er ingen signifikant forskjell på heime-tenester ytt til rusmiddelmissbrukarar i ulike bustadskontekstar.

Tabell 15 viser at rusmiddelmissbrukarar har noko mindre tilstrekkelege tenester når det

gjeld hjelp til personleg hygiene. På andre område er det ingen signifikant forskjell mellom kva som blir vurdert som tilstrekkeleg når det gjeld rusmiddelmissbrukarar samanlikna med andre tenestemottakarar i pleie- og omsorgstenesta.

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 15  
Har personen tilstrekkeleg ...?

			Tenestemottakarar som er rusmiddel-misbrukarar	Alle teneste-mottakarar
Hjelp til personleg hygiene	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	16 26,7 %	1 448 14,8 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	44 73,3 %	8 353 85,2 %
P<0,05				
Tilsyn om kvelden/natta	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	7 15,6 %	850 9,9 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	38 84,4 %	7 737 90,1 %
p>0,05				
Hjelp til mat og måltid	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	8 16,7 %	866 10,0 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	40 83,3 %	7 709 89,9 %
p>0,05				
Praktisk hjelp i huset	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	11 20,4 %	1 283 16,6 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	43 79,6 %	6 468 83,4 %
p>0,05				
Aktivitetstiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	28 63,6 %	4 952 59,9 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	16 36,4 %	3 319 40,1 %
p>0,05				
Sosiale tiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	27 67,5 %	4 984 60,2 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	13 32,5 %	3 299 39,8 %
p>0,05				
Sjuepleie-fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	7 11,1 %	1 081 10,8 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	56 88,9 %	8 900 89,2 %
p>0,05				
Legetilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	8 18,2 %	935 11,0 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	36 81,8 %	7 564 89,0 %
p>0,05				
Anna fagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal Prosent	2 12,5 %	696 22,7 %
	Tilstrekkeleg	Tal Prosent	14 87,5 %	2 366 77,3 %
p>0,05				

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA  
analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

### 1.6 Oppsummering og vurdering – tenestemottakarar, behov og tenestetilbod

Ein kan trekkje fire lærdommar ut av gjennomgangen av dei fire gruppene som er framstilte her:

1. Det ser ut til å vere ein slags felles terskel for det funksjonsnivået som fører til at ein yter hjelpetilbod i dagens kommunale pleie- og omsorgstenester, nesten uavhengig av alder og årsak. Gruppevis liknar tenestemottakarane ganske mykje på kvarandre når det gjeld kor skrøpelege dei er kroppsleg og mentalt, målt ved Barthel-indeksen og KDV.
2. Med unntak av menneske med psykiske lidningar (og ifølgje hovudrapporten også om ein bur i eigen heim samanlikna med å bu i kommunale bustader/institusjonar) (2), er vurderingane av kor tilstrekkelege tenestene er, nokså like gruppene imellom. Det indikerer at tenestene *som ein hovudregel* er relativt jamt fordelte etter behov.
3. Praktisk bistand til personar med utviklingshemming har eit volum som er høgare enn tilsvarande tenester til alle andre grupper i pleie- og omsorgstenesta. Ein bør vurdere årsakene til dette nærare.
4. Fordi utvalskriteria for heimebuande tenestemottakarar i denne undersøkinga var personar som fekk *både* heimesjukepleie og praktisk bistand, er det ein viss overrepresentasjon av eldre personar mellom fleire av dei gruppene som vi tidlegare har skildra. Dette må ein ha med seg i vurderinga av resultatata.

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

## 2 Forholdet mellom bemanning og behov i sjukeheimar – den nasjonale bemanningskartlegginga i 2003

Bemannings- og vakansesituasjonen blei kartlagt i dei same 73 kommunane der vi kartla tenestemottakarane og tenestetilbodet. Det skjedde ved at ein registrerte forholdet mellom planlagd bemanning og faktisk bemanning på tre vakter i løpet av eit vanleg døgn (sjå hovudrapporten for nærare skildring) (2). Som eit ledd i vidareføringa av den nasjonale undersøkinga har forskingsinstituttet NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn sett nærare på samanhengen mellom den pleiefaglege bemanninga i sjukeheimane på dagtid og lokale, faglege vurderingar av kor tilstrekkeleg den hjelpa som bebuarane får, er i det same utvalet av kommunar.

### 2.1 Grunnbemanninga og tilstrekkelege tenester i sjukeheimar – er det nokon samanheng?

#### 2.1.1 Data og metode

Datagrunnlaget omfattar heile kommuneutvalet frå kartlegginga til Helsetilsynet, det vil seie netto 73 kommunar og bydelar. Helsetilsynet fekk våren 2003 opplysningar frå 122 sjukeheimar i desse kommunane. Data om i alt 3866 tenestemottakarar i desse sjukeheimane er kopla med opplysningar frå den såkalla «personellkartlegginga».

Kva som er tilstrekkelege tenester, er undersøkt ved hjelp av spørsmål som den pleiaren som registrerte dei andre opplysningane om tenestemottakarane, svarte på. Spørsmåla dekte ulike hjelpeområde i sjukeheimsomsorga:

Har personen i dag tilstrekkeleg hjelp til

- personleg hygiene og stell?

- mat og måltid?
- aktivitetstiltak?
- sosiale tiltak?
- sjukepleiefagleg tilsyn?<sup>2</sup>

Det knyter seg fleire metodeproblem til ein slik framgangsmåte. Dei er drøfta i hovudrapporten, kapittel 2 og 5. I hovudrapporten blei spørsmåla om tilstrekkeleg hjelp først og fremst nytta til å sjå på om hjelpa varierte etter helseproblema til tenestemottakaren (utviklingshemma, psykiatriske pasientar, somatisk sjuke, aldersdemente), bustad (institusjon, kommunal bustad, eigen heim), kjønn, alder og funksjonsnivå. Analysane viste at menneske som bur i eigen heim og personar med psykiske lidningar sjeldnare får tilstrekkeleg hjelp på ei rekkje område slik ein fagperson vurderer det. Alt anna er likt.

Nedanfor bruker vi dei same data til å studere samanhengen mellom bemanning og kor tilstrekkeleg tenestene er. Da oppstår eit ekstra metodeproblem, fordi det også kan vere ein samanheng mellom personalressursane og kvalitetsstandardane til den som registrerer. Ein kan tenkje seg at låg bemanning i sjukeheimen får vedkomande til å «leggje lista lågare». Men ein kan også tenkje seg det omvendt: Ein nyttar dette høvet til å «seie frå» og blir ekstra kritisk. Desse spørsmåla har vi dessverre ikkje noko tilfredsstillande svar på.

Analyseeininga i det som følgjer nedanfor, er heile sjukeheimar, ikkje avdelingar. Mange sjukeheimar har også gitt bemanningsdata på avdelingsnivå, men dessverre ikkje alle. Personalressursar er målte som talet på pasientar per tilsett i pleie på dagtid, ifølgje turnusplan. Personalressursane er altså målte som planlagd ressursbruk i «kjer-netida» om dagen. Talet på pasientar per

2) I grunnlagsmaterialet blir det også spurt om tilsyn om kvelden/natta, legetilsyn og anna fagleg tilsyn. Men sidan personalressursane seinare skal målast som summen av pleiepersonale på dagtid (sjå neste side), er det ikkje naturleg å ha med dei spørsmåla i analysen her.



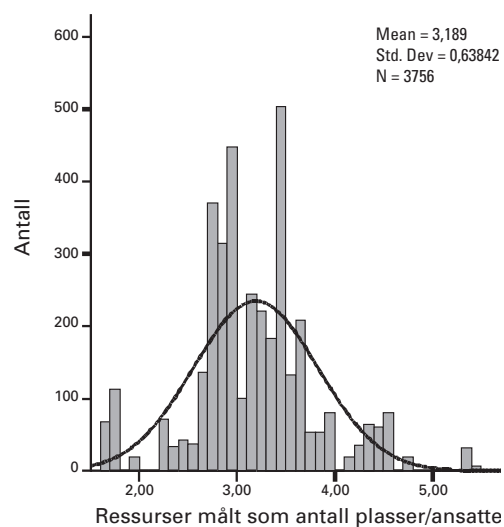
## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

tilsett i pleie er målt uavhengig av den faglege samansetninga av staben (talet på sjukepleiarar, vernepleiarar, hjelpepleiarar/ omsorgsarbeidarar, ufaglærte). Pleieresursen målt på denne måten varierer frå 1,67 til 5,50. Gjennomsnittsverdien er 3,19, medianverdien er 3,12. Sjå figur 1. I denne figuren betyr «Tal» på y-aksen (den vertikale aksen) talet på pasientar i materialet som bur på sjukeheimar som har ein bemanningsressurs som svarer til den ein finn på x-aksen (den horisontale aksen).

Figur 1  
Talet på plassar i sjukeheimar per tilsett i pleiefagleg stilling.



Analysen her er gjennomført på same måten som i kapittel 5 i hovudrapporten (jamfør tabell 5.4 der). Svara på spørsmåla om kva som er tilstrekkeleg, er først omkoda til «tilstrekkeleg» (=tilstrekkeleg + for mykje)

Tabell 16

Bivariat samanheng mellom planlagde personalressursar på dagtid, og om den hjelpa som pasientane får på ulike område, blir vurdert som tilstrekkeleg. 122 sjukeheimar, netto om lag 3500 pasientar\*).

Type hjelp	Når hjelp blir vurdert som tilstrekkeleg. Gj.sn. tal pasientar	Når hjelpa ikkje blir vurdert som tilstrekkeleg. Gj.sn. tal pasientar per tilsett	Forskjell i absolutte tal og prosent	Signifikansnivå (p-verdi)
Hjelp til personleg hygiene og stell	3,15	3,30	0,15 (4,8 %)	0,000
Hjelp til mat og måltid	3,15	3,19	0,04 (1,3 %)	0,407
Aktivitetstiltak	3,13	3,17	0,04 (1,3 %)	0,087
Sosiale tiltak	3,11	3,18	0,07 (2,3 %)	0,004
Sjukepleiefagleg tilsyn	3,16	3,20	0,04 (1,3 %)	0,235

\*) Talet varierer mellom 3414 og 3593 avhengig av kor mange gyldige svar som er gitt.

og «ikkje tilstrekkeleg» (=noko for lite + altfor lite). Fordelinga av dei omkoda svara er vist i tabell 17 i denne rapporten. Den viser at den delen ein meiner får tilstrekkeleg hjelp til personleg hygiene/stell og til mat/måltid, er høvesvis 92,5 prosent og 94,1 prosent, til sosiale tiltak/aktivisering 36 prosent, og til sjukepleiefagleg tilsyn 89,3 prosent. Sjå også hovudrapporten, kapittel 5, der dette er drøfta nærare (2).

Nedanfor gjer vi først greie for samanhengen mellom bemanning og tilstrekkelege tenester uavhengig av pasientsamansetninga i sjukeheimane. Deretter får vi ein analyse der ein samtidig også studerer kva mogleg effekt «pleietyngd» (funksjonsnivå), kjønn og alder kan ha på vurderingane av kva som er tilstrekkeleg. Funktionsnivået er målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) (sjå fotnote 1 i det førre kapitlet som forklarar desse målingane). Variasjonar i tenesteytinga som berre kan forklarast med at pasientgrunnlaget i institusjonane er ulikt (meir eller mindre hjelpetrengande pasientar), blir altså skilde ut frå dei som berre har med personalressursar å gjere. Eller sagt på ein annan måte: Ein studerer om nokon av dei andre faktorane i seg sjølv påverkar kor tilstrekkeleg tenestene er, ikkje berre personalressursane.

### 2.1.2 Resultat

Tabellen nedanfor framstiller samanhengen mellom personalressursar og kor tilstrekkeleg tenestene er i dei 122 sjukeheimane utan at vi i analysen tek omsyn til behovet for hjelp som bebuarane har.

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrevet av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tala viser at det er ein systematisk samanheng mellom personalressursar og tenester som ein går ut frå er tilstrekkelege. Gjennomsnittleg, planlagd personaltetleik er høgare når tenestene blir sett på som tilstrekkelege, samanlikna med når dei blir vurderte som ikkje tilstrekkelege.

Forskjellane varierer mellom dei ulike områda for hjelp. Forskjellen er størst når det gjeld hjelp til personleg hygiene og stell, der

pleieressursen i gjennomsnitt ligg 4,8 prosent høgare når ein vurderer tenestene som tilstrekkelege. Men sjølv om denne samanhengen verkar systematisk, er han vanlegvis ikkje stor, og han er signifikant for berre to av dei fem aspekta ved tenestetilbodet som er undersøkt her, nemleg personleg hygiene og stell, og aktivitetstilbod. For hjelp til mat og måltid, sosiale tiltak, og for sjukepleiefagleg tilsyn er samanhengen ikkje signifikant når ein ikkje tek omsyn til andre forhold.

Tabell 17  
Har personen tilstrekkeleg ...?<sup>3</sup>

			Kvinner	Menn	Totalt
Hjelp til personleg hygiene	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	192	83	275
		Prosent	7,2 %	8,3 %	7,5 %
	Tilstrekkeleg	Tal	2 465	914	3 379
		Prosent	92,8 %	91,7 %	92,5 %
Hjelp til mat og måltid	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	168	44	212
		Prosent	6,4 %	4,5 %	5,9 %
	Tilstrekkeleg	Tal	2 457	939	3 396
		Prosent	93,6 %	95,5 %	94,1 %
Aktivitetstiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	1 610	627	2 237
		Prosent	63,8 %	66,1 %	64,4 %
	Tilstrekkeleg	Tal	914	322	1 236
		Prosent	36,2 %	33,9 %	35,6 %
Sosiale tiltak	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	1 611	642	2 253
		Prosent	63,8 %	66,7 %	64,6 %
	Tilstrekkeleg	Tal	915	320	1 235
		Prosent	36,2 %	33,3 %	35,4 %
Sjukepleiefagleg tilsyn	Ikkje tilstrekkeleg	Tal	285	112	397
		Prosent	10,9 %	11,5 %	11,1 %
	Tilstrekkeleg	Tal	1 272	7 843	9 115
		Prosent	87,8 %	89,5 %	89,3 %

Når vi analyserer spørsmålet om tilstrekkelege tenester med fleire forklaringsvariablar i tillegg til personalressursar, finn vi indikasjonar på at det kan vere *faglege* utfordringar knytt til det å gi tilstrekkelege tenestetilbod, uavhengig av kor mykje personale ein set inn. Graden av tilstrekkeleg hjelp til mat og måltid ser for eksempel primært ut til å vere assosiert med funksjonsnivået til pasientane, ikkje med pleieressursane. Det kan altså sjå ut til at det å hjelpe både dei aller svakaste og dei sprekaste med mat og måltid, er ei oppgåve som det er vanskeleg å få til på ein tilfredsstillande måte, sjølv når det ikkje er

knappt med oppretta stillingar.

### 2.1.3 Oppsummering

Analysane her har vist at det er ein samanheng mellom personalressursar i sjukeheimar (målt som tal på pasientar per pleiestilling i planlagt turnus) og om dei tenestene som blir ytte der, er tilfredsstillande slik ein fagperson i institusjonen ser det. Men sjølv om denne samanhengen verkar systematisk, er han vanlegvis ikkje stor, og han er signifikant for berre to av dei fem aspekta ved tenestetilbodet som er undersøkt her, nemleg

3) Etter ønske frå Helsetilsynet er grunn-data viste som krysstabellar med kjønn som uavhengig variabel. Forskjellane mellom menn og kvinner er stort sett små – bortsett frå hjelp til mat og måltid – og ikkje signifikante. Dersom ein kontrollerer for uliksapar mellom kjønna i alder og funksjonsnivå, er ingen av forskjellane signifikante lenger.

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

personleg hygiene og stell, og aktivitetstilbod. For hjelp til mat og måltid, sosiale tiltak, og for sjukepleiefagleg tilsyn er samanhengen ikkje signifikant når ein ikkje tek omsyn til andre forhold.

Når vi analyserer spørsmålet om tilstrekkelege tenester med fleire forklaringsvariablar i tillegg til personalressursar, finn vi indikasjonar på at det kan vere *faglege* utfordringar knytt til det å gi tilstrekkeleg tenestetilbod, uavhengig av mengda av det personalet ein set inn. Graden av tilstrekkeleg hjelp til mat og måltid ser for eksempel primært ut til å vere assosiert med funksjonsnivået til pasientane, ikkje pleieressursane. Det kan altså sjå ut til at det å hjelpe både dei aller svakaste og dei sprekaste med mat og måltid er ei oppgåve som det er vanskeleg å få til på ein tilfredsstillande måte, sjølv når det ikkje er knapt med oppretta stillingar.

### 2.2 Faktisk bemanning og vakansar i sjukeheimar – får det konsekvensar for korleis ein lokalt vurderer om tenestetilbodet er tilstrekkeleg?

Spørsmålet som vi skal belyse her, er om det er ein samanheng mellom korleis ein lokalt vurderer om tenestene er tilstrekkelege, og den faktiske bemanninga. Ein del sjukeheimar har problem med å få tak i nok personale. I kartlegginga frå Helsetilsynet av 2003 blei det påvist at 3,7 prosent av stillingane på dagvakt i sjukeheimar var ubemanna på undersøkingstidspunktet (2). Det var størst vakanse i sjukepleiarstillingane (22 prosent), dernest blant hjelpepleiarane (15 prosent). Sjukeheimane kompenserte for dette ved å bruke fleire ufaglærte enn det var heimlar for. Vakanseproblemet var størst i Oslo og minst i Agder-fylka. På kvelds- og nattestid er problemet mindre. Problemet er også mindre i heimesjukepleia.

Korleis vurderer ein om tenestene er tilstrekkelege når ein legg den faktiske bemanninga til grunn? Blir dei sett på som like eller dårlegare samanlikna med når ein vurderer tenestene ut frå den planlagde ressursbruken?

Nedanfor analyserer vi spørsmålet i tre trinn. Først vurderer vi kor tilstrekkelege tenestene er ut frå storleiken på vakansen i alt sjukeheimspersonalet som tek del i pleia. Deretter vurderer vi kor tilstrekkelege dei er i forhold til den faktiske bemanninga i kvar av dei tre store yrkesgruppene i sjukeheimane: sjukepleiarar, hjelpepleiarar/omsorgsarbeidarar og ufaglærte. Det kan tenkjast at varierende,

faktisk bemanning i kvar av desse gruppene kan få ulike konsekvensar for vurderingane av kor tilstrekkelege dei er. Har det meir å seie at det er knapt med sjukepleiarar, enn at det er knapt med hjelpepleiarar? Til slutt gjer ein same analysane når ein korrigerer for forskjellar i pasientsamansetninga i institusjonane.

#### 2.2.1 Data og metodar

Datagrunnlaget omfattar heile kommuneutvalet frå kartlegginga til Helsetilsynet, det vil seie netto 73 kommunar og bydelar.

Analyseininga i det som følgjer, er heile sjukeheimar, ikkje avdelingar. Personalressursar er målte som talet på pasientar per tilsett i pleie på dagtid, ut frå kor mange stillingar som var bemanna på undersøkingdagen. Personalressursane er altså målte som faktisk ressursbruk i «kjernetida» om dagen. Talet på pasientar per tilsett i pleie er målt både samla (uavhengig av korleis staben er sett saman fagleg) og for den enkelte yrkesgruppa (talet på pasientar per sjukepleiar, hjelpepleiar/omsorgsarbeidar, ufaglært).

Nedanfor skildrar vi først samanhengen mellom bemanning og kor tilstrekkeleg tenestene er, uavhengig av pasientsamansetninga i sjukeheimane. Deretter gjer vi ein analyse der vi samtidig også vurderer kva mogleg effekt «pleietyngd» (funksjonsnivå) kan ha for vurderingane av kva som er tilstrekkeleg. Funksjonsnivået er målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (sjå fotnote 1 i denne rapporten for nærare forklaring).

Vi nyttar også eit mål på graden av vakanse. Det deler sjukeheimane i tre grupper: Dei som hadde ekstrabemanning (18 prosent), dei som hadde ei faktisk bemanning som var identisk med turnus (46 prosent), og dei som hadde varierende grad av underbemanning (vakansar) på undersøkingdagen (37 prosent). Vakansedelen varierte frå 2 prosent til 40 prosent.

#### 2.2.2 Resultat

Tabellen viser noko overraskande at det ikkje er nokon statistisk signifikant samanheng mellom vurderingane av tilstrekkelege tenester og personalressursane når ein ser på vakanseprofilen den aktuelle undersøkingdagen. Om sjukeheimane har ekstrabemanning, turnusbemanning eller er underbemanna, vurderer ein kor tilstrekkelege

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

tenestene er, relativt likt på dei ulike områda. Tendensen er snarare at ein ved dei underbemanna sjukeheimane oftare meiner at ein

yter tilstrekkelege tenester, med unntak av sjukepleiefagleg tilsyn.

Tabell 18

Vurderingar av kor tilstrekkelege tenestene er for tre grupper av sjukeheimar med ulik vakanseprofil på undersøkingsdagen

Omfang av vakanseundersøkingsdagen – tre grupper	Gj.snittleg del av bebuarar som har tilstrekkeleg hjelp til personleg hygiene	Gj.snittleg del av bebuarar som har tilstrekkeleg hjelp til måltid	Gj.snittleg del av bebuarar som har tilstrekkeleg aktivitets-tilbod	Gj.snittleg del av bebuarar som har tilstrekkeleg sosial aktivitet	Gj.snittleg del av bebuarar som har tilstrekkeleg sjukepleiefagleg tilsyn
Sjukeheim med ekstra-bemanning	93,1	92,8	33,5	36,7	90,9
Sjukeheim med turnus-bemanning	92,0	94,4	29,8	28,7	85,6
Sjukeheim med underbemanning	95,0	97,7	39,7	39,3	97,4
Total	93,3	95,3	34,1	34,0	87,2

$p > 0,05$  for alle bivarierte samanhengar

Ein annan måte å vurdere spørsmålet på, er å sjå på assosiasjonen mellom den faktiske bemanninga uttrykt som pasientar per pleiestilling (alle yrkesgrupper sett under eitt) og vurderinga av kor tilstrekkelege tenestene er. Neste tabell viser dei såkalla «korrelasjonane» mellom vurderingane av tilstrekkeleg på den eine sida og den faktiske bemanninga uttrykt som talet på pasientar per bemanna stilling på den andre sida.

Tabell 19 stadfestar det same funnet: Det er

ingen statistisk signifikant samheng («korrelasjon») mellom vurderingane av kor tilstrekkelege tenestene er, og den samla, faktiske bemanninga.

Speler det noka rolle om det først og fremst er sjukepleiarar det skortar på? I tabell 20 skil ein mellom faktisk bemanning i dei ulike stillingskategoriane (sjukepleiar, hjelpepleiar/omsorgsarbeidar og ufaglærte) og vurderingane av tilstrekkeleg.

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 19

**Samanheng mellom vurderingane av tilstrekkeleg og talet på pasientar per bemanna stilling**

Correlations			Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg personleg hygiene	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg hjelp med måltid	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg med aktivitets-tilbod	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg med sosial aktivitet	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg sjukepleie-fagleg hjelp	Tal på pasientar per pleiar som faktisk var på dagvakt (gj.snitt for inst. m. fleire avd.)
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg personleg hygiene	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1	,739** ,000 85	,255* ,018 85	,205 ,060 85	,471** ,000 85	-,002 ,985 85	
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg hjelp med måltid	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739** ,000 85	1	,233* ,032 85	,172 ,116 85	,363** ,001 85	,140 ,200 85	
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg med aktivitetstilbod	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,255* ,018 85	,233* ,032 85	1	,907** ,000 85	,294** ,006 85	,076 ,490 85	
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg med sosial aktivitet	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205 ,060 85	,172 ,116 85	,907** ,000 85	1	,219* ,044 85	,093 ,398 85	
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg sjukepleie-fagleg hjelp	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,471** ,000 85	,363** ,001 85	,294** ,006 85	,219* ,044 85	1	-,095 ,386 85	
Tal på pasientar per pleiar som faktisk var på dagvakt (gj.snitt for inst. m. fleire avd.)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,002 ,985 85	,140 ,200 85	,076 ,490 85	,093 ,398 85	-,095 ,386 85	1 85	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*\*.

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). \*.

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 20

Samanheng mellom vurderingar av kor tilstrekkeleg tenestene er, og talet på pasientar per bemanna stilling fordelt på ulike stillingskategoriar

Correlations		Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg hjelp med personleg hygiene	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg hjelp med måltid	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg aktivitetstilbod	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg sosial aktivitet	Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg fagleg hjelp	Pasientar per sjukepleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pasientar per vernepleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pasientar per hjelpepleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pasientar per ufaglærte pleiar, etter kor mange faktisk på jobb
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg hjelp med personleg hygiene	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 85	,739** ,000 85	,255* ,018 85	,205 ,060 85	,471** ,000 85	-,152 ,165 85	,008 ,939 85	,066 ,548 85	-,007 ,949 85
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg hjelp med måltid	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739** ,000 85	1 85	,233* ,032 85	,172 ,116 85	,363** ,001 85	-,059 ,594 85	,108 ,324 85	,113 ,304 85	,081 ,459 85
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg med aktivitetstilbod	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,255* ,018 85	,233* ,032 85	1 85	,907** ,000 85	,294** ,006 85	-,126 ,250 85	-,034 ,759 85	,172 ,115 85	-,031 ,781 85
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg med sosial aktivitet	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205 ,060 85	,172 ,116 85	,907** ,000 85	1 85	,219* ,044 85	-,090 ,414 85	-,075 ,495 85	,158 ,149 85	-,065 ,556 85
Gj.snittleg del som har tilstrekkeleg sjukepleiefagleg hjelp	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,471** ,000 85	,294** ,006 85	,219* ,044 85	,219* ,044 85	1 85	,022 ,841 85	,094 ,392 85	,154 ,160 85	,073 ,50785
Pasientar per sjukepleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,152 ,165 85	-,059 ,594 85	-,126 ,250 85	-,090 ,414 85	1 85	,242* ,026 85	1 85	,171 ,118 85	,161 ,140 85
Pasientar per vernepleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,008 ,939 85	,108 ,324 85	,365** ,001 85	,242* ,026 85	,094 ,392 85	1 85	,365** ,001 85	1 85	,157 ,150 85
Pasientar per hjelpepleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,066 ,548 85	,113 ,304 85	,433** ,000 85	,171 ,118 85	,154 ,160 85	,365** ,001 85	1 85	,433** ,000 85	,433** ,000 85
Pasientar per ufaglærte pleiar, etter kor mange faktisk på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,007 ,949 85	-,031 ,781 85	-,065 ,556 85	-,065 ,556 85	-,073 ,507 85	-,161 ,140 85	-,157 ,150 85	1 85	1 85

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). \*

## **Del I**

*Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003*

*Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.*

Det er heller ikkje nokon statistisk signifikant samanheng mellom kva yrkesgrupper det eventuelt skortar på, og korleis ein lokalt vurderer kva som er tilstrekkeleg. Men ein ser at det er ein samanheng mellom omfanget av yrkesgruppene i seg sjølv. Det er ein tydeleg «oppoppingseffekt»: God bemanning av éin kategori heng ofte saman med god bemanning av ein annan. Resultatet av denne analysen stadfester det samme funnet: det er ingen statistisk signifikant samanheng mellom vurderinga av kva som er tilstrekkeleg og den samla, faktiske bemanninga.

Til slutt har vi også undersøkt om mangelen på samanheng mellom faktisk bemanning og tilstrekkelege tenester held seg også når ein korrigerer for pasientsamansetninga i sjukeheimane, uttrykt gjennom Barthelindeksen og KDV. Dette er gjort i form av ein såkalla lineær regresjonsanalyse (tala er ikkje viste her). Den eintydige konklusjonen er også her at sjølv om ein tek omsyn til pasientsamansetninga i sjukeheimane, er resultatene dei same som vi har nemnt ovanfor.

### **2.2.3 Oppsummering – forholdet mellom bemanning og vurdering av kva som er tilstrekkelege tenester**

Det er altså ein samanheng mellom grunnbemanninga i sjukeheimane og korleis ein lokalt vurderer om tenestene er tilstrekkelege, men denne samanhengen ser ein ikkje att når ein tek for seg den faktiske bemanninga på den dagen ein gjorde undersøkinga (ein torsdag i februar 2003).

Desse funna kan tolkast på fleire måtar. Éi tolking er at metoden ikkje er god nok – at ein ikkje får fram dei reelle kvalitetsforskjellane i pleia når personalressursane varierer ved å be lokale fagpersonar om å vurdere kor tilstrekkelege tenestene er. Ei anna tolking kan vere at mangelen på personale på undersøkingsdagen var relativt forbigående, og ikkje eit permanent fenomen som prega tenestene som dei tilsette ytte. Det er det først og fremst grunnbemanninga som gjer. Ei tredje tolking kan vere at dei som var i arbeid, strekte seg langt for å gi god pleie, trass i færre hender enn planlagt.

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

# 3 Vidareføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstenesta: Tal og refleksjonar rundt tre tema

Som ein del av oppfølginga av Helsetilsynets kartlegging av pleie- og omsorgstenestene i 2003 (2), blir tre ulike tema belyste i dette avsnittet:

- Klager på tenestetilbodet: tal, klagetema, oppfølging av klager.
- Personar under 67 år i sjukeheim: Kvifor er dei der? Kva andre løysingar er vurderte? Er sjukeheimen ei permanent/varig løysing?
- Korleis kommunane greier ut og behandlar søknader ved tildeling av helse- og sosialtenester og undervegs i tenesteforløpet hos personar med samansette, store hjelpebehov i heimebaserte tenester.

## 3.1 Materiale

Utgangspunktet for analysane som følgjer, er situasjonen i dei såkalla LAG-kommunane, det vil seie utvalet av kommunar som NOVA-undersøkinga Livsløp, aldring og generasjon (LAG) hentar materialet sitt frå<sup>4</sup>. LAG studerer mellom anna omsorgstenestene i desse kommunane, og NOVA-forskarar besøkte 21 av dei i 2004. Leiarar/mellomleiarar i pleie- og omsorgstenesta blei intervjuar, og alle sjukeheimar fekk besøk. Informasjon frå desse besøka er grunnlaget for å belyse dei tre spørsmåla ovanfor.

«LAG-kommunane» omfattar alt i alt 30 kommunar og bydelar. Seks av bydelane ligg i Oslo, men i omsorgstenestestudien til LAG er berre to av desse med: Grünerløkka og Frogner. Til saman opererer vi derfor med 26 einingar. I skrivande stund er fire

kommunar og éin bydel i Oslo enno ikkje besøkt. Det vil seie at erfaringane som ligg til grunn for vurderingane, stammar frå 21 kommunar/bydelar. Av desse einingane er sju små kommunar (under 3000 innbyggjarar), fem er mellomstore (5000–10 000 innbyggjarar), seks er større (10 000–25 000 innbyggjarar, stort sett småbyar), mens tre er storbyar.

I tillegg til dei to bydelane i Oslo utgjer totalutvalet tre kommunar i Akershus, sju kommunar i Agder-fylka, sju kommunar i Nord-Trøndelag og sju kommunar i Troms. Utvalet av kommunar er på ingen måte representativt, og det er lite. Men det er sett saman slik at det alt i alt kan gi innsyn i tilhøva i ulike landsdelar og i varierende kommunetypar (storby, småby, mellomstore kommunar og småkommunar). Til saman kan dei derfor gi realistiske indikasjonar på situasjonen i pleie- og omsorgstenesta i Noreg.

Ved kommunebesøka har ein altså intervjuar alle leiarar av institusjonar og heimetenester, pluss etatsleiar for pleie- og omsorg der slike enno finst. 10 av dei 21 besøkte kommunane er i dag organiserte etter ein såkalla «tonivåmodell», det vil seie med «resultateiningar» (for eksempel ein sjukeheim, ei heimeteneste, skule eller barnehage) med tilhøyrande verksemdsleiarar som rapporterer direkte til rådmannen<sup>5</sup>.

Til saman er 64 leiarar intervjuar til no. Der tenester for utviklingshemma og for psykiatriske pasientar er eigne einingar, er leiarane ikkje intervjuar.

Tema for intervjuar er topografien i kommunane, korleis pleie- og omsorgstenestene er organiserte og oppbygde, utbygging dei siste

4) LAG-undersøkinga belyser familie- og generasjonsforhold, arbeid og pensjonering, meistring og livskvalitet, helse og omsorg i 30 kommunar i fire ulike landsdelar. Datagrnnlaget er telefonintervju og spørjeskjema til om lag 5500 personar frå 40 år og oppover. Ein delstudie av pleie- og omsorgstenestene i dei same kommunane er også i gang. Han legg vekt på ressursbruk og kvalitet i pleie- og omsorgstenesta i kommunar med ulike tenesteprofilar. Det er denne delstudien Helsetilsynets vidareføring av pleie- og omsorgskartlegginga er knytt til.

5) Etatsorganiseringa er med andre ord oppløyst i desse kommunane. Dei har ikkje ei pleie- og omsorgsteneste med ein felles leiar. I større kommunar kan det derimot vere ein assisterande rådmann eller kommunaldirektør som mellom anna overvakar økonomi og drift i resultateiningane som utfører pleie- og omsorgstenester.



## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

åra (Handlingsplan for eldreomsorga), personalressursar, rekruttering, sjukefråvær, køyreavstandar og køyreforhold i heimesjukepleia, brukarundersøkingar, budsjett og rekneskap. Alle sjukeheimar får besøk, og der samlar ein informasjon om struktur, funksjon, økonomi og kvalitet i eininga. Tilsvarande opplysningar samlar ein også om heimetenesta.

I intervju med leiarar samlar ein informasjon om Helsetilsynets tema ved

- Å spørje alle leiarar som behandlar klager, om talet på klager på tenestetilbodet i 2003 og fram til intervjutidspunktet i 2004, om kva klagen gjaldt og utfallet av dei
- Å spørje sjukeheimsleiaren (eventuelt avdelingsleiar i større institusjonar) om personar under 67 år i institusjonen: Kor mange er dei? Kvifor er dei der? Er sjukeheimen ei permanent eller varig løysing?

Tabell 21

Talet på klager i 2003 og 2004 etter storleiken på kommunane

	2003	2004*)
Små kommunar (n=7)	3	2
Mellomstore kommunar (n=5)	8	7
Større kommunar (n=6)	16	10
Storbyer (n=3)**)	12	11
Storbyar (n=3)**)	39	30
*)Første tre kvartal		
**) Her er berre fire bydelar/distrikt undersøkte		

Talet på klager er lågt, og nivået er omtrent det same for dei to åra som er undersøkte. I somme mindre og mellomstore kommunar har ein ikkje fått klager på pleie- og omsorgstenester i det heile teke i 2003, og heller ikkje fram til intervjutidspunktet i 2004.

I ei undersøking av to mellomstore og éin større kommune som Fylkesmannen i Vestfold gjennomførte, ligg talet på klager på pleie- og omsorgstenester på éi klage per 3000 innbyggjarar årleg, talet på «beklagel-

ser» (ei nemning på klagesaker som blir løyste i kommunane, og som derfor ikkje blir sende vidare til behandling hos Fylkesmann/Fylkeslege) på om lag éi per 2000 (3). Det er eit nivå som vi kan samanlikne med det vi finn i LAG-kommunane. Vi finn ikkje tydelege indikasjonar på at klageomfanget varierer med storleiken på kommunane. Nivået ser ut til å vere omtrent det same når ein tek omsyn til folketalet i dei få kommunane som er undersøkte her.

### 3.2 Klager på tenestetilbodet: tal på klager, klagetema, oppfølging av klager

Med klage meiner vi her formell klage sett fram i skriftleg eller munnleg form overfor personale som har ansvar for å handtere klager. Klager kan gjelde tenester som er heimla både i kommunehelsetenestelova og i sosialtenestelova. Vanlege problem eller konflikthar som dukkar opp i den daglege drifta, og som blir løyste der (eventuelt ikkje løyste, men utan at ein fremjar formell klage), er ikkje klager. Anten formelle klager blir sluttbehandla i kommunen eller sende vidare til Fylkesmannen, blir dei rekna med i omtalen her.

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 22  
Tema for klagene, åra 2003–2004 sett under eitt

Tema	Tal
Avslag på sjukeheimplass	21
Omfang av praktisk bistand	20
Storleik på vederlag i institusjon	8
Omfang av brukarstyrt personleg assistent	8
Avslag/storleik på omsorgsløn	7
Medisinsk behandling	2
Forvaltning av pasientmidlar i sjukeheim	2
Ulykke i sjukeheim	1
SUM	69

Dei vanlegaste tema for klager er avslag på søknad om sjukeheimplass, storleiken på vederlag i institusjonar, talet på timar som er løyvd til praktisk bistand, brukarstyrt personleg assistanse (BPA) eller omsorgsløn. Felles for desse er at dei handlar om omfanget av tenester. Klager på den faglege kvaliteten ved tenesta forekjem også, men dei er ikkje hyppige.

54 av dei 69 klagene blei ifølgje informantane våre sende vidare til Fylkesmannen/Fylkeslegen.

Klagaren fekk medhald – heilt eller delvis – i om lag eitt av fire tilfelle.

### Konklusjon

Informasjonsgrunnlaget her er avgrensa (21 kommunar/bydelar). Likevel er resultata såpass eintydige at dei truleg gir treffande indikasjonar når det gjeld klagefenomenet i pleie- og omsorgstenesta. Talet på klager etter sosialtenestelova og kommunehelse-tenestelova ser ut til å ha eit avgrensa omfang. Grunnlaget for påstanden er rett nok munnlege kjelder, arkivmaterial er ikkje undersøkt, verken i kommuneadministrasjonen eller hos regionale statlege tilsyns-

styresmakter. Men ei anna kartlegging ved eitt fylkesmannembete (jamfør fotnote 4) peikar i same retninga som funna her. Dersom få klager er eit generelt trekk, kan dette tolkast på fleire måtar. Éi tolking er at ein stort sett opplever tenestene som tilfredsstillande. Ei anna er at tenestemottakarane – eventuelt også dei pårørande – er redde for å klage. Ei tredje tolking kan vere at desse gruppene ikkje er merksame på – og heller ikkje blir gjorde merksame på – høvet til å klage. Desse alternative forklaringane utelukkar ikkje kvarandre. Dei kan eksistere side ved side, også i same kommune.

Temaet for klagene handlar nesten alltid om omfanget av ei teneste. Tenestemottakarane – og i somme tilfelle dei pårørande – synest at dei får for lite (for eksempel for sjeldan og for få timar med heimehjelp – eller heimetenester når dei ønskjer sjukeheimplass). Klager på tenestekvalitet er sjeldne. I berre ein mindre del av alle sakene som blir sende vidare til Fylkesmann/Fylkeslege, får klagaren medhald.

### 3.3 Personar under 67 år i sjukeheim: Kvifor er dei der? Kva andre løysingar er vurderte? Er sjukeheimen ei permanent/varig løysing?

På intervju tidspunktet fortel informantane våre om eit lågt tal på personar under 67 år som bur på sjukeheim. I kartlegginga frå Helsetilsynet av 2003 var talet 157 av i alt 3830 sjukeheimplassar, det vil seie 4 prosent (2). I gjennomsnitt er dette om lag to per kommune. Det stemmer godt med tala som blei gitt ved kommunebesøka i 2004. Fleire sjukeheimar har ingen pasientar under 67 år, men dei kan ha hatt det éin eller fleire gonger i løpet av dei siste åra. Dei fleste har éin til to; det høgste talet er fire på éin og same institusjonen. Den hadde 111 plassar til saman.

Datainnsamlinga frå 2003 gir ein peikepinn om kven desse tenestemottakarane er, og korleis dei har det:

**Del I**

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Tabell 23

Personar under 67 år i sjukeheim. Kjønn, alder, funksjonsnivå

	Tenestemottakarar i sjukeheim under 67 år	Tenestemottakarar i sjukeheim over 67 år
Kvinnedel	44 %	73 %
Gjennomsnittsalder	58 år	85 år
Barthels ADL-indeks (gj.sn.)	7,5	8,2
KDV-skåre (gj.sn.)	9,7	10,2

Tabellen viser at blant tenestemottakarar under 67 år som er i sjukeheim, er kjønnsfordelinga ganske lik, trass i at gjennomsnittsalderen er relativt høg. Spreiinga i alder er frå 19 til 66 år, men halvparten er likevel 60 år eller meir. Berre 2 prosent er under 30 år, 5 prosent er under 40 år og 20 prosent er under 50 år. Fysisk sett er sjukeheimspasientar under 67 år noko skrøpelegare enn gjennomsnittet for sjukeheimspasientar (Barthels ADL-indeks), mens dei mentalt er mindre svekte (KDV-skåre) (sjå fotnote 1).

Ser ein på hovudårsaka til hjelpebehovet hos personar under 67 år som bur på sjukeheim i 2003, er dei fire største gruppene hjerneslag (19 prosent), psykisk lidning (16 prosent), føljetilstand etter omfattande skade (14 prosent) og (presenil) demens (14 prosent). Talet på personar med multippel sklerose (7 prosent) og psykisk utviklingshemming (7 prosent) er også merkbart.

Dei mest hjelpetrengande sjukeheimspasientane under 67 år er personar med multippel

sklerose (dette er dei desidert skrøpelegaste av alle sjukeheimspasientar, gjennomsnittleg Bartel-indeks er 2,4), derneft dei med demens (Barthel 5,5) og med omfattande skadar (Barthel 6,7). Også dei med sjeldnare tilstandar som ikkje blir fanga opp av den forenkla diagnoselista i undersøkinga, er svært skrøpelege (Barthel 4,8). I kartlegginga frå 2003 var gjennomsnittleg Barthel-indeks for sjukeheimspasientar 8,1. Det svarer til eit menneske som ikkje er i stand til å gå, og som treng ulik grad av hjelp til personleg hygiene, til å kle seg og til å ete, og som er inkontinent (2).

Yngre sjukeheimspasientar er altså skrøpelegare enn dette, og dei gruppene som er nemnde ovanfor, er vanlegvis fullstendig avhengige av hjelp til alle desse funksjonane.

Med to viktige unntak får personar i sjukeheim over og under 67 år tenester som ein i nokolunde grad vurderer som tilstrekkelege. Tabellen nedanfor viser dette:

Tabell 24

Del som får tilstrekkelege tenester på sju område. Tenestemottakarar under og over 67 år.

Hjelpeområde	Tenestemottakarar i sjukeheim under 67 år	Tenestemottakarar i sjukeheim over 67 år
Personleg hygiene	95 %	92 %
Tilsyn kveld/natt	91 %	92 %
Mat og måltid	97 %	94 %
Aktivitetstiltak	26 %	36 %
Sosiale tiltak	25 %	36 %
Sjukepleietilsyn	88 %	89 %
Legetilsyn	86 %	90 %

## Del I

Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVAs analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003

Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.

Det er små forskjellar på dei fleste område, og dei kan gå begge vegar. Men på to område er forskjellane større og statistisk signifikante, og dei gjeld aktivitetstiltak og sosiale tiltak.

Ein meiner sjeldnare at pasientgruppa under 67 år i sjukeheim får tilstrekkeleg hjelp til aktivisering og sosiale tiltak samanlikna med andre. Delen er faktisk ganske liten, rundt 25 prosent. Slik våre informantar skildrar det, kan ein litt forenkla seie at fleirtalet av sjukeheimspasientane under 67 år er der mellombels mens dei blir rehabiliterte, eller mens ein utarbeider andre løysingar, vanlegvis ein tilrettelagd bustad/omsorgsbustad. Det finst unntak frå denne hovudregelen. I éin bykommune hadde ein valt å la ein post ved den nye sjukeheimen vere langtids plassar for psykiatriske pasientar, altså ein slags kommunal psykiatrisk sjukeheim/DPS. Fleire av desse pasientane var under 67 år gamle. I ein annan stor bykommune hadde fire pasientar under 67 år til slutt fått eit tilbod i sjukeheim etter at ein hadde forsøkt fleire andre bualternativ som ikkje fungerte. Fagleg sett meinte ein at sjukeheimen trass alt var den beste løysinga, sjølv om ho ikkje var ideell.

Somme personar under 67 år ønskjer å bli verande i sjukeheim, sjølv om dei får andre tilbod. Ifølgje sjukeheimsleiarane verkar det som om skepsis til utflytting frå sjukeheim til bustad er vanleg både hos pasientar under 67 år og deira pårørande. Dette kan også vere tilfellet med dei heilt unge pasientane. I dei fleste tilfella vinn ein over skepsisen, og tenestemottakarane/familien blir nøgde etter kvart som dei ser at tilbodet i eigen bustad fungerer godt. Ein avtale om «open retur» til sjukeheimen kan bidra til at tenestemottakarane vågar å ta steget ut av sjukeheimen.

Dette hadde blant anna vore tilfellet med to ungdommar frå LAG-kommunar. Begge hadde store skadar etter høvesvis ei trafikkulykke og ei arbeidsulykke.

I ein annan kommune skildra ein sjukeheimsleiar eit tilfelle der ein var usikker på om ein pasient i 50-åra burde forlate sjukeheimen. Vedkomande hadde vore sterkt alkoholisert og blitt teken inn ved institusjonen i sterkt forkomen tilstand. I løpet av nokre månader hadde han kome seg, var no oppgåande og aktiv i institusjonslivet. Han drakk øl ein gong i månaden når trygda kom, men var elles edru. Han hadde brote med det gamle miljøet sitt og «fått smaken på det gode livet», som sjukeheimsleiarane sa det.

Ho engsta seg for at mannen igjen ville gli inn i rusmiljøet i byen om han til dømes fekk eigen omsorgsbustad. Førebels trong han sjukeheimen som eit slags vern, meinte ho.

## Konklusjon

Alt i alt utgjer personar under 67 år ein liten del av sjukeheimspasientane. Slik sjukeheimsleiarane ser det, er det vanlegvis gode faglege grunnar til at dei er der for kortare eller lengre tid. Det er svært få unge menneske i sjukeheim, 80 prosent av dei under 67 år er meir enn 50 år, og berre 2 prosent av dei (tre personar av i alt nesten 3900 undersøkte sjukeheimspasientar, det vil seie 0,08 prosent) er under 30 år. Mange er svært, svært skrøpelege, og somme ønskjer å bli, sjølv om dei får tilbod om annan bustad. For somme få kan dette, ifølgje leiarane, alt i alt også vere den beste løysinga. Det største problemet ved sjukeheimsopphaldet for pasientgruppa under 67 år ser ut til å vere eit utilfredsstillande tilbod når det gjeld aktivisering og sosial kontakt<sup>6</sup>.

## 3.4 Korleis kommunane greier ut og behandlar søknader ved tildeling av helse- og sosialtenester og undervegs i tenesteforløpet hos personar med samansette, store hjelpebehov i heimebaserte tenester

Det har vore vanskeleg å belyse dette temaet. Hovudgrunnen til det er at intervjuar har ei avgrensa tidsramme, og det er mange tema som skal belyst, og mykje informasjon som skal samlast inn. Det viste seg å vere krevjande å få eit differensiert bilete av utgreiing og behandling av søknader frå personar med samansette, store hjelpebehov i heimebaserte tenester. Det kunne ta lang tid å lyfte fram alle detaljar.

Ein annan grunn er at det hadde vore ønskeleg med informasjon også frå dei som tek imot tenestene. Korleis har dei opplevd tildelingsprosessane? Ville dei ulike bileta vi då hadde fått, vore samanfallande eller ulike?

Ein tredje grunn er organiseringa av sjølve tildelingsprosessen. Dei tre storkommunane og to av dei andre nyttar den såkalla «tingarutførar»-modellen. Førebels har tingingskontor ikkje vore kontakta under kommunebesøka. Dermed manglar førstehandsinformasjon på dette området frå fem (by)kommunar.

6) Ei førebels undersøking av situasjonen til svært skrøpelege tenestemottakarar under 67 år (Barthel-indeks under 7), viser at dei som bur i sjukeheim, har nok oftare tilstrekkeleg praktisk hjelp, mens personar i for eksempel omsorgsbustader oftare har tilstrekkeleg hjelp til aktivisering og sosial kontakt. Slik omsorgsbustader og sjukeheimar fungerer i dag, kan det sjå ut til at dei har sin styrke og si svakheit på ulike område. Jamfør hovudrapporten: «Rapport fra Helsetilsynet 10/2003», tabell 5.4 med kommentarar.

## **Del I**

*Tenestemottakarar, behov og tenestetilbod – NOVA's analysar i samband med vidareføring av den nasjonale undersøkinga i kommunale pleie- og omsorgstenester i 2003*

*Skrive av NOVA på oppdrag frå Statens helsetilsyn.*

Framstillingane til dei intervjuja leiarane gir inntrykk av at det ikkje eksisterer vesentlege problem når det gjeld tildelingsprosessen til den aktuelle gruppa av tenestemottakarar.

Dette gjer ein uavhengig observatør litt usikker. Det store fleirtalet av leiarane i heimetenesta (87 prosent) gir uttrykk for at vedtak om heimetenester til personar med samansette, store hjelpebehov blir gjorde på bakgrunn av konklusjonar som er dregne av eit team – vanlegvis sett saman av heimete-nesteleiar, fysioterapeut/ergoterapeut og lege, eventuelt med støtte frå spesialisthel-setenesta. Dei fleste vedtaka inneber ein viss fleksibilitet, slik at ein ikkje er nøydd til å gjere stadig nye ved mindre endringar av tenestebehovet. Dei færraste revurderer vedtak rutinemessig, men gjer det først dersom det oppstår større endringar i tenestebe-hovet. I seks av ti tilfelle utformar ein også ein individuell plan.

## **DEL II**

### **TENESTEMOTTAKARAR, BEHOV OG TENESTETILBOD – Helsetilsynets vurdering av resultata frå NOVAs analysar**

## 1 Bakgrunn for å føre den nasjonale kartlegginga vidare

Hovudfunna frå den nasjonale kartlegginga i pleie- og omsorgstenesta som Statens helse-tilsyn gjennomførte i 2003, viste at tenestemottakarane i den kommunale pleie- og omsorgstenesta i all hovudsak får eit tilstrekkeleg tenestetilbod. Funna var baserte på informasjon og vurderingar som fagpersonar i kommunane hadde fylt ut i eit registrerings-skjema (2).

Somme av funna uroa Helsetilsynet, og vi valde derfor å gi NOVA i oppdrag å analysere delar av det innsamla datamaterialet i tråd med det som er presentert i del I av den rapporten som ligg føre. Siktemålet for analysane har blant anna vore å få skaffe meir kunnskap om dei tenestemottakarane som ifølgje hovudrapporten såg ut til å få eit mindre tilstrekkeleg tenestetilbod slik fagpersonane vurderte det.

Hovudrapporten presenterte i hovudsak gjennomsnittsmål for dei ulike variablane. For eit for så vidt stort materiale vurderte vi det derimot slik at det var mogleg at gjennomsnittsmål kunne tilsløre ei eventuell spreiding i resultata for somme grupper av tenestemottakarar. For tilsynsmyndigheita er det svært viktig å ha kunnskap om små og marginale grupper av tenestemottakarar. Vi ønskte derfor å undersøkje om biletet som var teikna gjennom hovudrapporten, også var gyldig for mindre grupper av tenestemottakarar. Dei fire undergruppene i materialet som vi ønskte å sjå nærare på, var tenestemottakarar som er under 67 år, tenestemottakarar med psykiske lidningar, tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming og tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar.

Tenestemottakarar under 67 år var aktuelle av fleire grunnar. Den største delen av denne

gruppa får heimebaserte tenester, og undersøkinga viste at dei som er sterkt hjelpe-trengande og bur i sin eigen, opphavlege bustad, fekk mindre tilstrekkelege tenester enn tenestemottakarar i omsorgsbustader slik fagpersonane vurderte det (2). Vidare har styresmaktene gjennom fleire år retta merksemda mot dei under 67 år som bur i sjuke- og aldersheim, og vi ønskte å nytte høvet til å få skildra denne gruppa nærare. Hovudrapporten konkluderte også med at menneske med psykiske lidningar ikkje fekk tilstrekkeleg tenestetilbod på somme av dei områda som blei undersøkte (2). Vi rekna analysane som nyttige som bakgrunns-materiale i samband med landsomfattande tilsyn både i 2004 og 2005.

Meininga med å kople bemanningsdata og data om tenestemottakarar i sjukeheim (del I, kapittel 2) var å klargjære nærare problemstillinga om behovsdekning på eit meir detaljert nivå.

Oppdraget til NOVA omfatta også innsamling av informasjon om tre utvalde tema i tilknytning til kommunebesøk i 21 av dei 73 kommunane/bydelane som deltok i kartlegginga til Helsetilsynet. Helsetilsynet godkjende at grunnlagsmateriale frå kartlegginga kunne nyttast i samband med intervju av leiarar i pleie- og omsorgstenesta i desse kommunane. Dei tre tema som Helsetilsynet bad NOVA om å belyse i samband med kommunebesøka, var (del I, kap. 3):

- Saksbehandlinga i kommunane ved til- deling av tenester og undervegs i teneste- forløpet hos personar med samansette, langvarige behov for hjelp.
- Klager på tenestetilbodet: omfang, klage- tema, oppfølging av klager.

- Personar under 67 år i sjukeheim: Kvifor er dei der? Kva andre løysingar er vurderte? Er sjukeheimen ei permanent eller varig løysing?

For Statens helsetilsyn har denne typen informasjon særleg verdi som supplement til egne tilsynserfaringar knytte til områdeovervaking på pleie- og omsorgsfeltet – altså når vi ønskjer å seie noko overordna om tilstanden i pleie- og omsorgstenesta, og som grunnlag for å prioritere eventuelle vidare tilsynsaktivitetar på dette tenesteområdet.



## 2 Helsetilsynets vurderingar av resultatata

Statens helsetilsyn meiner at resultatet av analysane (del I, kapittel 1 og 2) stadfestar og forsterkar funn frå hovudrapporten (2). Funna som er baserte på dei vurderingane og registreringane som fagpersonar i kommunane har gjort, indikerer at tenestene i all hovudsak blir fordelte etter behov. Unntaket er tenestemottakarar med psykiske lidingar og sterkt hjelpetrengande tenestemottakarar som bur i eigen, opphavlege bustad. Helsetilsynet ser det slik at analysane som blir presenterte i den rapporten som ligg føre, bidrar til å nansere og utdjupe biletet av behov og trekk ved tenestetilbodet til dei fire undergruppene av tenestemottakarar.

Dei fire undergruppene som er analyserte i del I av denne rapporten, kan seiast å representere brukargrupper som særleg set det kommunale tenesteapparatet på strekk. Fordi dette er personar med behov for tenester med anna innhald og ei anna innretning enn fleirtalet av tenestemottakarar i sektoren, kan desse brukargruppene utgjere ei spesiell utfordring for kommunane når dei skal lage individuelle løysingar.

Vidare i dette kapitlet trekkjer Helsetilsynet fram somme av funna frå NOVAs analysar som etter vårt syn kan synleggjere spesielt sårbare trekk ved tenestetilbodet. Vi kjem også tilbake til funn frå desse analysane i del IV, der alt materialet som er presentert i del I og del II, går inn i ei samla oppsummering og vurdering av situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

### 2.1 Dei fire undergruppene av tenestemottakarar, deira behov og tenestetilbod – nokre kommentarar

#### Tenestemottakarar under 67 år

Tenestetilbodet til alle tenestemottakarar under 67 år blir vurdert som meir utilstrekkeleg oftare enn tilbodet til andre grupper. Det ser hovudsakleg ut til å hengje saman med at dei har andre medisinske og helsemessige behov og bur andre stader enn tenestemottakarane over 67 år.

Medfødde funksjonshemmingar, skadar, multippel sklerose og rusmiddelmissbruk er oftare årsak til behov for hjelp hos dei under 67 år. Dei under 67 år bur også oftare i ei eller anna form for tilpassa kommunal bustad utan husbankstandard (35 prosent) og i sin eigen opphavlege heim (40 prosent). Vel 8 prosent (167 personar) oppheldt seg i sjuke- og aldersheim på undersøkingstidspunktet (februar/mars 2003). Halvparten var over 60 år, men spreinga i alder var frå 19 til 66 år. Dei under 67 år som oppheldt seg i sjukeheim, hadde eit funksjonsnivå som tilseier at dei ikkje kan gå, og at dei er heilt avhengige av hjelp til personleg stell og hygiene, til å kle seg og til å ete.

Helsetilsynet ønskte å få vite meir om denne gruppa både gjennom nye analysar av materialet frå den nasjonale undersøkinga og gjennom informasjon som NOVA samla inn i intervju med 64 leiarar i pleie- og omsorgstenesta i 21 av dei 73 kommunane/bydelane (del I, kapittel 3).

I dei 21 kommunane/bydelane som NOVA har besøkt, fortel leiarane i sjukeheimane at dei under 67 år stort sett oppheld seg ved institusjonen mellombels; det vil seie i samband med rehabilitering eller mens andre tilbod i heimebaserte tenester er under etablering, vanlegvis i ei eller anna form for tilrettelagd bustad. Ifølgje sjukeheimsleiarane var det gode faglege grunnar for

sjukeheimsopphald, og i enkelte tilfelle ønske brukarane å bli verande i institusjonen sjølv om dei fekk andre tilbod. Kor mange av tenestemottakarane som ønskte eit heimebasert tenestetilbod framfor institusjon, veit vi ikkje. Som det går fram, er det berre leiarane av sjukeheimane i utvalet som er intervjuja. For å få eit meir nyansert bilete av vurderingane som ligg til grunn for at tenestemottakarar under 67 år oppheld seg i sjukeheim, og også kva den enkelte sjølv ønskjer, ville det ha vore nødvendig å snakke med tenestemottakarane sjølve og/eller pårørande. Det låg utanfor ramma av oppdraget til NOVA.

Regjeringa har gjennom fleire år hevda at denne typen institusjonar ikkje er eigna som varig bustad for unge menneske med store og omfattande behov for hjelp. Statens helsetilsyn er samd i at sjuke- og aldersheimar ikkje er eigna som varig bustad for yngre menneske. Dersom tenestemottakaren ønskjer det, har kommunane ansvar for å etablere eit fagleg forsvarleg tenestetilbod utanfor institusjonsbasert omsorg. Det dreier seg om personar med samansette og langvarige behov for fleire tiltak og tenester samtidig, og det er viktig at tenestene samla gir eit forsvarleg tilbod som er tilpassa behova til den enkelte. Tenestetilbodet skal dessutan utformast i nær dialog med tenestemottakaren.

Tenestemottakarar med psykiske lidningar 1590 tenestemottakarar i totalutvalet på 13 240 har ei eller anna form for psykisk lidning som hovudårsak til at dei treng tenester. Analysane i denne rapporten stadfestar at personar med psykiske lidningar systematisk får mindre tilfredsstillande tenester enn andre tenestemottakarar utan omsyn til alder. Undersøkinga gir ikkje noka eintydig forklaring på korleis ein skal forstå at kommunane ikkje ser ut til å strekkje til overfor personar med psykiske lidningar. At denne gruppa har andre helsemessige og sosiale behov enn fleirtalet av tenestemottakarane i sektoren, viser at det kanskje kan vere sider ved innhaldet og innretninga ved tenestetilbodet som ikkje «treff». Kanskje kan dette vere tenestemottakarar som ikkje søker eller ønskjer kontakt med tenesteapparatet, sjølv om det er fagleg grunnlag for å gi slike tenester.

Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at enkelte grupper av tenestemottakarar, for eksempel menneske med psykiske lidningar, systematisk ikkje får dekt behova sine for

tenester. I hovudrapporten i 2003 uttalte Helsetilsynet følgjande om dette (2):

*«(...) det er et spørsmål om de kommunale tildelingsprosessene godt nok sikrer at tjenestemottakernes behov blir grundig utredet og tjenestetilbudet tilstrekkelig tilpasset den enkeltes behov og ønsker. I dette ligger en særskilt utfordring til kommunene å se de som ikke blir sett, og å høre de gruppene som i mindre grad enn andre formidler sine behov, enten fordi det kan dreie seg vanskelige og følsomme forhold, eller fordi de ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser og behov, og å vurdere konsekvensen av sine egne valg. I dette ligger faglige og etiske dilemmaer som kommunene må arbeide systematisk og kontinuerlig med for å forbedre den daglige praksisen.»*

Resultata frå analysane indikerer at funksjonsnivået til tenestemottakarane ser ut til å fungere som «billett» inn i systemet nesten utan omsyn til alder og årsaka til at dei treng hjelp (del I, kapittel 1.7). Erfaringar frå tilsyn (sjå del III, kapittel 2.2) kan tyde på at ein del kommunar er godt i gang med å kvalitetssikre utgreiingsprosessane sine ved behandling av søknader om pleie- og omsorgstenester. Det skjer blant anna ved at dei nyttar kartleggingsverktøy når dei vurderer funksjonsnivå og behov for tenester. Standardisering av saksbehandlings- og utgreiingsprosessen vil skyte ytterlegare fart ved at IPLOS (Individbasert Pleie og Omsorgs-Statistikk) blir obligatorisk som saksbehandlings- og rapporteringsverktøy for kommunane frå 2006. Statens helsetilsyn vil elles presisere at kommunane har ansvar for å finne individuelle løysingar som er tilpassa behovet og livssituasjonen til den enkelte. Forskrift om individuell plan (4) er utforma for å ta vare på dei spesielle utfordringane som tenestemottakarar med langvarige og samansette tenestebehov har i møtet med kommunen og andre tenesteytarar.

Føremålet med forskrifta om individuell plan er å etablere ein måte å arbeide på som syter for at ein ser behova til tenestemottakaren i samanheng, og at ein legg vekt på å gi eit heilskapleg og individuelt tilpassa tenestetilbod. Tenestemottakaren og eventuelt pårørande skal vere sentrale deltakarar i denne prosessen. Individuell planlegging og tilpassing er eit sentralt tema i det landsomfattande felles tilsynet som Statens helsetilsyn gjennomførte med kommunale helse- og sosialtenester i 2005. Ein oppsummeringsrapport frå dette tilsynet blir

publisert første halvår av 2006.

### Tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming

Analysane i denne rapporten viser at tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming får meir bistand enn andre tenestemottakarar (sjå del I, kapittel 1.5.3).

Resultata tilseier derimot ikkje at det slik fagfolka vurderer det, er nokon som får for mykje hjelp. Samanlikna med fleirtalet av tenestemottakarane i pleie- og omsorgstenestene har menneske med psykisk utviklingshemming ofte behov for ein annan type og meir kontinuerleg tilsyn utover direkte praktisk hjelp. Praktisk bistand og opplæring omfattar også meir miljøfaglege ressursar, noko som kan vere avgjerande for blant anna å førebygge bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming (sjå meir om temaet i del III, kapittel 2). Det kan derfor vere gode faglege grunnar til at omfanget av bistand er høgare hos tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming.

### Tenestemottakarar som er rusmiddelmissbrukarar

Få av tenestemottakarane i denne undersøkinga er rusmiddelmissbrukarar. Dette speglar truleg utvalskriteria i undersøkinga; og særleg det som er ei gjennomgåande svakheit ved utvalskriteria, at av dei som bur i eigen heim, er det berre personar med både praktisk bistand og heimesjukepleie som er med. Dei rusmiddelbrukarane vi har informasjon om, ser ut til å få eit tilstrekkeleg tenestetilbod. Når talet på personar er så lågt, er det rett nok vanskeleg å generalisere dette resultatet til å gjelde alle rusmiddelmissbrukarar som får kommunale pleie- og omsorgstenester. Vi kjem nærare tilbake til dette i del III, kapittel 1 i denne rapporten.

### Betydninga av kjønn

Kvinnedelen i pleie- og omsorgssektoren er svært høg både blant tenestemottakarane og på personellsida. Eldre kvinner lever lenger og er skrøplegare enn menn. Mange av kvinnene har vore nære omsorgspersonar og pårørande for sine ektemenn i fleire år før dei sjølve får behov for hjelp og blir tenestemottakarar. Forsking har vist at kvinner og menn har ulike behov når det gjeld tilgang til og innhald i sosial- og helsetenester (5).

Helsetilsynet har derfor vore merksam på at

kjønn kan ha noko å seie både når fagfolk vurderer behov og ved tildeling av tenester. Undervegs i arbeidet med den nasjonale undersøkinga i 2003 bad Helsetilsynet om synspunkt og innspel frå Fagråd for kvinne- og kjønsspørsmål i tilsyn<sup>7</sup>. Ein har i analysane retta særleg merksemd mot likskapar og ulikskapar mellom menn og kvinner både når det gjeld behov for hjelp, tenestetilbod og dei vurderingane av kva som er tilstrekkeleg, som fagpersonane har gjort gjennom registreringane. Både analysane som blir presenterte i hovudrapporten, og det som blir presentert i del I i denne rapporten, har ikkje gitt resultat som indikerer at det er forskjellar mellom kjønna. Det er i seg sjølv eit interessant funn, og ein kan tenkje seg ulike typar forklaringar. Val av metodisk tilnærming er ei mogleg forklaring, men det kan også tenkjast at terskelen som gjeld funksjonsnivå er så høg at kjønn ikkje lenger er relevant.

### 2.2 Forholdet mellom bemanning og vurdering av kva som er tilstrekkeleg i sjukeheimar – nokre kommentarar

Data frå bemanningskartlegginga i sjukeheimar blei kopla til data om tenestemottakarar i dei same sjukeheimane, men analysane gir ikkje ei enkel og eintydig framstilling av forholdet mellom bemanning og vurderingar av kva som er tilstrekkeleg. Legg ein den planlagde bemanninga til grunn, det vil seie turnusplanane i verksemda, viser dei nye analysane ein svak statistisk samanheng mellom personellressursar, målt som talet på pasientar per tilsett i pleie på dagtid, og vurderinga av kva som er tilstrekkeleg når det gjeld hygiene og stell; forenkla sagt: Di fleire personar som var planlagt på vakt, di meir tilstrekkeleg blir tenestetilbodet vurdert å vere. Det er også gjort analysar som undersøker om andre faktorar, som tenestemottakaranes funksjonsnivå, kjønn og alder, kan ha noko å seie for vurderingane av kor tilstrekkelege tenestene er. Resultata indikerer at det kan vere *faglege* utfordringar knytte til det å gi eit tilstrekkeleg tenestetilbod, utfordringar som er uavhengige av kor mykje personale ein set inn. For eksempel ser det ut til at det å gi både dei *aller svakaste* og dei *sprekaste* tilpassa hjelp med mat og måltid kan vere ei oppgåve som det er vanskeleg å løyse på ein tilfredsstillande måte, også der det ser ut til å vere godt med personellressursar.

Noko overraskande finn ein ingen tilsvarande statistisk samanheng dersom ein legg den

7) Fagrådet er tverrfagleg sett saman av personar med relevant kompetanse, og medlemmene skal ha erfaring frå forskning, undervisning, forvaltning og/eller utøvande sosial- og helsetenester. Fagrådet som blir oppnemnt for ein periode på to år, skal sikre at Helsetilsynet regelmessig søker råd frå fagpersonar om kva kjønn har å seie i dei sakene som Helsetilsynet arbeider med, og måten det blir arbeid på. Fagrådet skal både ha ein rådgivande og pådrivande funksjon overfor Helsetilsynet.

faktiske bemanninga til grunn, det vil seie talet på personar som faktisk var på vakt på undersøkingstidspunktet. Heller ikkje når ein tek omsyn til pasientsamansetninga i sjukeheimen, ser ein att denne samanhengen (sjå del I, kapittel 2.2).

Avgrensingar i metoden kan vere ei mogleg forklaring på dette noko overraskande resultatet. Den faktiske bemanninga speglar situasjonen slik han var akkurat den dagen undersøkinga blei gjennomført. Undersøkingstidspunktet blei valt ut fordi ein meinte at det var ein vanleg kvardag, og ikkje helg, heilagdag eller ferie. Vi veit imidlertid ikkje om dette var ein typisk kvardag eller uvanleg kvardag i den enkelte verksemda. Resultata i hovudrapporten viste tydeleg at kommunane har vanskar med å fylle dei planlagde turnusplanane sine (2). Kvardagen i pleie- og omsorgstenesta er omskifteleg, og det er eit leiaransvar å sikre at personalstaben er mest mogleg føreseieleg og stabil slik at tenestemottakarane får den oppfølginga dei treng og har rett til både helsemessig og omsorgsmessig. Sjølv om det var færre til stades enn planlagt, er det grunn til å tru at dei som var i arbeid på undersøkingstidspunktet, strekte seg langt for å gi god hjelp.

Statens helsetilsyn har gjennom tilsyn i perioden 1998–2002 avdekt manglar på enkelte område innanfor sjukeheimsverksemd og heimesjukepleie. Eksempel på slike område er kompliserte medisinske prosedyrar, legemiddelhandtering, vurdering av demens og bruk av tvangslignande tiltak (6). På desse områda er det nødvendig med meir spesifikk og omfattande kunnskap, representert ved personar med helse- og sosialfagleg utdanning. For å sikre at brukarane får tenester slik dei har lovfesta rett til og behov for, er det heilt nødvendig at kommunane sikrar tilgang til personale med relevant utdanning både i den generelle omsorga for brukarane og i opplæring og rettleiing av ufaglærte. Dette gjeld både i heimebaserte tenester og institusjonsbaserte tenester. Helsetilsynet vil presisere at i kommunane er det leiinga sitt ansvar å planleggje og styre verksemda slik at dei knappe sjuke- og hjelpepleieressursane dei har til rådvelde, blir nytta hos dei tenestemottakarane som har størst behov for medisinsk og helsefagleg kompetanse.

## **DEL III**

### **Funn og erfaringar frå andre tilsynsaktivitetar 2003–2004**

# 1 Kommunale sosial- og helsetenester til rusmiddelmissbrukarar – landsomfattande tilsyn i 2004 og rapport om helseproblema og helsetenestetilbod til rusmisbrukarar

Helsetilsynet har gjennom ulike tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004 retta merksemda mot behova og tenestetilboda til rusmiddelmissbrukarar. Fylkesmennene gjennomførte i 2004 landsomfattande tilsyn med kommunale sosialtenester til rusmiddelmissbrukarar. Funn og erfaringar frå dei 58 tilsyna er tidlegare presenterte i Rapport fra Helsetilsynet 4/2005 (7). Tidlegare i år utarbeidde Statens helsetilsyn også ein rapport som gav oversikt over sentrale datakjelder om helsetilstanden til rusmiddelmissbrukarar, nærare bestemt tunge alkohol- og narkotikamisbrukarar, og helsetenestetilbodet dei får (8). Delar av desse to arbeida har relevans for det som denne rapporten fokuserer på, og blir kort presentert i dette kapitlet.

## 1.1 Landsomfattande tilsyn i 2004 med kommunale sosialtenester til rusmiddelmissbrukarar

Tenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar har dei siste åra fått auka politisk merksemd. Ansvaret for spesialisert tverrfagleg behandling for rusmiddelmissbruk blei frå 1. januar 2004 overført frå fylkeskommunane til staten. Det er likevel slik at berre eit fåtal av rusmiddelmissbrukarane er i institusjonar eller polikliniske behandlingsopplegg i spesialisthelsetenesta. Kommunane har framleis ansvaret for å sikre tilpassa tenester, både i og utanfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg. Sosiale tenester kan spele ei avgjerande rolle for at rusmiddelmissbrukarane skal meistre sin eigen livssituasjon, redusere behovet for behandling eller lykkast med behandlingsopplegg.

I det landsomfattande tilsynet undersøkte Fylkesmennene korleis kommunane inn-

rettar og tek vare på sentrale sosiale tenester overfor rusmiddelmissbrukarar. Konkret handlar det om å gi opplysningar, råd og rettleiing, og å tilby tenester som praktisk bistand, støttekontakt og plass i institusjon eller bustad med heildøgns omsorgstenester, og forsvarleg mellombels husvære.

### 1.1.1 Funn og erfaringar frå tilsynet

Tenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon var i liten grad i bruk overfor rusmiddelmissbrukarar. I nokre tilfelle gjaldt dette også rusmiddelmissbrukarar med omfattande hjelpe- og omsorgsbehov. Tilsynet avdekte at særleg praktisk bistand og opplæring, men også støttekontakteneste, får eit meir avgrensa innhald enn det lovgivar har sett som vilkår. Det kom vidare fram eksempel på at godkjende tenester ikkje blei sette ut i livet fordi det var vanskeleg å finne støttekontaktar. Alternative tiltak blei ofte ikkje vurderte i slike tilfelle.

I omtrent ein fjerdedel av dei undersøkte kommunane blei det opplyst at miljøarbeidarar eller burettleiarar yter tenester til rusmiddelmissbrukarar. Slike tenester blei tildelte utan at det blei fatta vedtak. Rusmiddelmissbrukarar lever ofte eit turbulent liv der relasjonar blir brotne og buforhold oppløyste. Sosialtenesta er forplikta til å finne mellombels husvære for dei som ikkje klarer det sjølve. Derfor blei det i tilsynet undersøkt om kommunane sikrar mellombels husvære av forsvarleg kvalitet. Litt under halvparten av kommunane hadde sviakt når det gjaldt tildeling av mellombels husvære.

### 1.1.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Sosiale tenester etter sosialtenestelova § 4–2 blir i stort omfang gitt til eldre og funksjonshemma, men intensjonen i lova er at slike tenester skal ytast til alle med særlege behov for hjelp, blant desse rusmiddelmissbrukarar. Tolv år etter at sosialtenestelova tok til å gjelde, viser funn i tilsynet at kommunane avgrensar praktisk bistand og opplæring til i all hovudsak å gjelde tradisjonelle heimehjelpstenester, og gir også støttekontakttenesta eit snevrare innhald enn det som gir meining for rusmiddelmissbrukarar. For at den enkelte rusmiddelmissbrukaren skal få reell hjelp til å meistre dei ulike utfordringane i dagleglivet, må kommunen utforme tilbodet om praktisk bistand og opplæring slik at både tradisjonelle heimehjelpstenester og funksjonar som miljøarbeidarar tek vare på, blir inkorporerte. Føremålet er å gjere den enkelte mest mogleg sjølvhjelp. Ein rusmiddelmissbrukar kan ha behov for hjelp og opplæring til å gjere ein bustad om til ein heim, halde eit hushaldsbudsjett, kjøpe variert og næringsrik mat, meistre nye samværsformer, ta imot gjester osv. Lova stiller ikkje bestemte krav til innhaldet i eller omfanget av tenesta, men slike tenester er avgjerande for at hjelp i heimen er eit reelt alternativ til institusjonsomsorg.

Tilsvarande bør støttekontakttenesta innrettast slik at ho hjelper rusmiddelmissbrukarar til å meistre ulike sosiale situasjonar, og til å få eit meir meningsfullt liv i fellesskap med andre, slik intensjonen i sosialtenestelova er.

Skal rusmiddelmissbrukarar og andre sikrast tilstrekkelege og forsvarlege tenester, er det nødvendig å gjere tydeleg både for kommunane og rusmiddelmissbrukarane kva som kan vere innhaldet i dei ulike tenestene, og at dette innhaldet blir forma meir ut frå behova til rusmiddelmissbrukarane enn ut frå behova til funksjonshemma og eldre. Retten til å klage er eitt av dei viktigaste verkemidla i samfunnet for å sikre likskap og rett kvalitet på tenestene. Dersom tenester blir innretta slik at denne retten fell bort, svekkjer det rettstryggleiken. Når bu- og miljøarbeidartenester blir tildelte utan at det blir gjort skriftleg vedtak, får ein heller ikkje formelt høve til å klage. Helsetilsynet ser på dette som alvorleg.

### 1.2 Helseproblema og helsetenestetilbod til rusmiddelmissbrukarar

Rapporten «Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv» (8) som gav oversikt over sentrale datakjelder om helsetilstanden og helsetenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar, tok også føre seg Statens helsetilsyns vurderingar av om det finst område der det er stor risiko for svikt, sett ut frå helsepolitiske målsetjingar og krav frå styresmaktene.

Tunge rusmiddelmissbrukarar, i denne samanhengen vil det seie personar som har store alkohol- og/eller narkotikaproblem, har ofte samansette og svært alvorlege helseproblem, sjukdommar og skadar som følgje av eit langvarig misbruk, og dødstala er høge.

Sjølv om kunnskapsgrunnlaget som Statens helsetilsyn vurderte, er mangelfullt, meiner tilsynsorganet at det særleg er grunn til å vere uroleg fordi terskelane for å bli vist vidare til spesialisthelsetenesta når rusmiddelmissbrukaren har ei somatisk og psykiatrisk lidning samtidig (såkalla dobbeltdiagnosar), er så høg. Manglande kompetanse på rusproblematikk blant mange fastlegar og personale i somatisk og psykiatrisk spesialisthelseteneste er slik Helsetilsynet vurderer det, eit anna område med risiko for svikt. Det same gjeld det uklare ansvaret fastlegane har i samband med behandling for rusproblematikk, blant anna legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Manglane i samordning innanfor og mellom nivåa i helsetenesta og i forhold til sosialtenesta får dessutan Helsetilsynet til å spørje om ein tar vare på behovet for godt koordinerte og heilskaplege helse- og sosialtenester.

### 1.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

På bakgrunn av dei ulike tilsynsaktivitetane Statens helsetilsyn har gjennomført dei siste par åra med vekt på dei helsemessige, medisinske og sosiale behova som rusmiddelmissbrukarane har, og det tenestetilbodet dei får, ser det ut til å vere grunnlag for å konkludere med at det står att mykje arbeid på kommunalt nivå før gruppa får det tenestetilbodet det har behov for og rett til.

Anten det gjeld hjelp til og opplæring for å halde orden i eigen bustad og eige hushald, eller det dreier seg om å etablere eit sosialt

nettverk som er stabilt og støttande, gir erfaringane frå tilsyna inntrykk av at tenestetilbodet gruppa får i dag, er avgrensa både i omfang, innhald og innretning. Kommuneane har ansvar for å sikre tilpassa tenester, både i og utanfor institusjonen, og under og etter behandlingsopplegg.

Mange rusmiddelmissbrukarar har samansette og langvarige medisinske og sosiale behov. For å sikre at gruppa får eit forsvarleg tenestetilbod er det avgjerande med eit tett samarbeid og god kommunikasjon både mellom fastlegen og resten av det kommunale hjelpeapparatet, og også mellom den kommunale sosial- og helsetenesta og spesialisthelsetenesta.



## 2 Praksis knytt til tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka 2003–2004

Kapitlet er basert på funn og erfaringar frå dei tilsynsaktivitetane som fylkesmennene har utført på område som gjeld tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming i 2004. Materialet er publisert tidlegare i år i Helsetilsynets rapportserie (9).

Når det gjeld bruken av tvang overfor personar med psykisk utviklingshemming, gjennomfører fylkesmennene både systemrevisjonar og tilsyn<sup>8</sup> på staden med gjennomføring av vedtak etter kapittel 4A i sosialtenestelova *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*<sup>9</sup>.

Tvang og makt kan brukast som skadeavverjande tiltak i nødssituasjonar, som planlagde skadeavverjande tiltak i gjentekne nødssituasjonar, eller som tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova som tenestemottakaren har for mat og drikke, påkledning, kvile, søvn, hygiene og personleg tryggleik, også opplærings- og treningstiltak. Bruk av tvang og makt grip sterkt inn overfor den enkelte. Utan klare kriterium for bruken av tvang, og klargjering av faglege og etisk forsvarlege tvangsmetodar, blir mykje overlata til skjønn hos den enkelte tenesteytaren. I lov og forskrift blir det derfor lagt stor vekt på saksbehandlingsreglar for å sikre rettstryggleiken til brukaren. Saksbehandlingsreglane sikrar blant anna at fleire personar og instansar vurderer eventuell bruk av tvang, og at ein reduserer tvangsbruk til eit minimum.

Kommunane pliktar å leggje til rette for minst mogleg bruk av tvang og makt, og å førebyggje og prøve andre løysingar før tvang blir brukt. Kommunen må også sikre nødvendig opplæring, og fagleg rettleiing og

oppfølging av tilsette når det gjeld å gjennomføre tvangstiltak.

### 2.1 Funn og erfaringar

Fylkesmennene initierte i 2003–2004 til saman 88 revisjonar der bruk av tvang og makt etter kapittel 4A i sosialtenestelova *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming* var tema (9).

Funn frå desse tilsyna viser at det skjer uheimla bruk av tvang i dei undersøkte kommunane, og at det mange stader ikkje blir sendt meldingar slik lovgivinga<sup>10</sup> krev, når tilsette har brukt tvang for å hindre skade i ein nødssituasjon. Slike situasjonar kan gi informasjon om at nødvendig forbettringsarbeid, både knytt til den enkelte brukaren og til tenestene generelt, ikkje blir fanga opp.

Tilsyna på staden er retta mot tvangstiltak for enkeltbrukarar. Rapportane frå tilsyn på staden formidlar generelt sett eit meir positivt bilete av situasjonen i kommunane enn oppsummeringa av systemrevisjonane gjer. Tilsynserfaringane viser at når det er fatta vedtak om å bruke tvang og makt, skjer det ofte ei positiv endring for brukaren ved at bruken av tvang blir redusert over tid. Helsetilsynet konstaterer at praksisen kommunane har overfor brukarar der det ligg føre godkjende vedtak om å bruke tvang og makt, ofte er i tråd med krava i lova. Men tilsynserfaringane indikerer at medvitet om bruken av tvang og makt i dei kommunale tenestene kan vere utilstrekkeleg, noko som kan auke risikoen for uheimla bruk av tvang.

8) Tilsyn på staden blir anten gjennomført i samband med at det ligg føre vedtak om bruk av tvang og makt overfor ein brukar, og/eller fordi Fylkesmannen har fått meldingar om avgjerd om bruk av tvang som skadeavverjande tiltak i naudssituasjon overfor ein brukar. Sjå nærare omtale i Rapport fra Helsetilsynet 6/2005.

9) Kapittel 4A i sosialtenestelova (forkorta sotjl) *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming* regulerer bruken av tvang og makt overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming, og er nært knytte til § 4–2 i sotjl Tjenester, a-d som handlar om retten til ulike former for praktisk bistand og opplæring. Føremålet med reglane i kapittel 4A er å avgrense og kontrollere bruken av tvang og makt i tenester til personar med psykisk utviklingshemming.

10) Lov om sosiale tenester etter kapittel 4A *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*, § 4 A-7 *Kommunens saksbehandling*, andre ledd.

## 2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Når kommunane manglar oversikt over og kontroll med bruken av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming, kan dette auke tvangsbruken. Helse-tilsynet ser alvorleg på at dei undersøkte kommunane ikkje sikrar i tilstrekkeleg grad at ein prøver andre løysingar før ein tek i bruk tvangstiltak. Det er også grunn til å vere uroleg for at ein brukar tvang og makt overfor enkelte brukarar utan at det blir følgt opp slik lovverket set som vilkår. Helse-tilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommunar ikkje fyller krava i lova til bruk av tvang og makt.

At rapportane frå tilsyn på staden formidlar eit meir positivt inntrykk enn revisjonsrapportane, kan ha fleire forklaringar. Det heng saman med at metoden for å samle inn informasjon er ulik, og at det er ulik praksis for å velje ut verksemdar der det skal gjennomførast tilsyn. I systemrevisjonane undersøker tilsynsorgana om verksemda innrettar aktivitetane sine og praksisen sin slik at dei oppfyller dei krava som lov og forskrifter har fastsett for området.

Verksemdene blir som nemnt tidlegare, valde ut frå dei vurderingane fylkesmennene gjer av risiko, sårbarheit og kunnskap om lokale forhold. Tilsyn på staden er i hovudsak retta mot tenester til brukarar som allereie har godkjende vedtak om bruk av tvang og makt. Utvalet består av enkeltvedtak knytte til den enkelte tenestemottakaren. Kommunane må leggje ned mykje arbeid både i samband med saksbehandling av vedtaka og ikkje minst i oppfølginga av desse.

Saksbehandlingsreglane skal blant anna sikre at eventuell bruk av tvang blir vurdert av fleire personar og instansar, og at tvangsbruken blir redusert til eit minimum. Brukar har vidare krav på kvalifisert personale når planlagde tvangstiltak blir gjennomførte, og at det er to personar til stades dersom det ikkje er til ulempe for brukaren.

Som nemnt tidlegare i denne rapporten (del II, kapittel 2.1) er det ein samanheng mellom bruk av tvang og makt og praktisk bistand og opplæring. Omfanget av miljøfagleg kompetanse er avgjerande blant anna for å førebyggje bruken av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming.

### 3 Sosiale tenester og helsetenester i den kommunale pleie- og omsorgstenesta – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka 2003–2004

Dette kapitlet er basert på funn og erfaringar frå eigeninitierte tilsyn som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka har gjennomført i pleie- og omsorgssektoren i 2004. Materialet er publisert tidlegare i år i Helsetilsynets rapportserie (9). I 2004 oppsummerte Statens helsetilsyn tilsynserfaringar frå kommunale helsetenester i pleie- og omsorgssektoren for perioden 1998–2003 (6).

Det er stor grad av samsvar mellom funn og erfaringar frå revisjonar som blei gjennomførte i 2004, og det som blei presentert i rapporten frå 2003 (6). Det som følgjer, er eit samandrag av dei funna som er mest relevante for temaet i denne rapporten.

#### 3.1 Funn og erfaringar

Dei eigeninitierte tilsyna i 2004 retta merksemda særleg mot korleis dei grunnleggjande behova blei dekte, saksbehandling, handtering av legemiddel, avgrensing av rettar, journalføring og dokumentasjon. Andre område som har vore undersøkte, er samhandling og samarbeid mellom legetenesta og heimesjukepleia, smittevern i sjukeheimar, opplæring og habilitering og rehabilitering. Revisjonstema for fylkesmennene har dessutan vore omsorgsløn, støttekontakt og avlastning.

Behova til brukarane og tenestetilbodet/dekking av grunnleggjande behov

Revisjonane i den kommunale pleie- og omsorgstenesta har særleg retta merksemd mot dei områda som Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (27. juni 2003 nr. 792) definerer som grunnleggjande behov, og mot utarbeidinga av skriftlege prosedyrar og dokumentasjon. Dei mest

undersøkte områda er personleg hygiene, høve til normal døgnrytme, høve til å møte individuelle behov og ta vare på eigenomsorg, munn- og tannbehandling, handtering av medikament, medisinsk undersøking og behandling, utgreiing ved mistanke om mental svikt, rettsavgrensingar og kva høve brukarane har til medråderett.

Observasjonar frå revisjonsrapportane gir inntrykk av at kommunane så langt det let seg gjere, legg til rette for eit tenestetilbod som møter individuelle behov og ønske hos tenestemottakarane, for eksempel i forhold til døgnrytme. Det ser derimot ut til å vere vanskelegare å sikre føreseielege tenestetilbod og kontinuitet til kvar tid.

Illustrerende eksempel frå ein revisjonsrapport:

*«Det vert til ein viss grad vist fleksibilitet i høve til utføring av tenestene, og brukar/pasient si døgerrytme vert forsøkt ivareteke. Tenestene er til ei viss grad førutseielege, men det hender at tenestetilbodet til den einskilde må flyttast eller utgå som fylgje av sjukdom i personalgruppa eller ikkje planlagde hendingar. Det er lite kontinuitet i personalgruppa, og tenestene vert ikkje utførte av same personell frå gong til gong.»*

Det er stor variasjon mellom kommunane som er undersøkte, når det gjeld rutinar for å handtere legemiddel, inkludert rutinar for å registrere avvik, avtale om farmasøytisk tilsyn, og når det gjeld opplæring og delegering når andre enn sjukepleiar og vernepleiar gir medisinar. Samarbeid og kommunikasjon mellom fastlege og heimesjukepleiar er i mange tilfelle ikkje god nok. Til dømes kan det hende at ein ikkje fangar opp og set i

verk endring i medisinerings.

Revisjonsrapportane gir inntrykk av at det er stor variasjon mellom kommunane også når det gjeld tenestetilbodet til personar med ulike demenssjukdommar. Det varierer frå at tilsette har god kompetanse om demens og høgt medvit om bruk av tvang, og at kommunen prioriterer kompetansebyggingjande tiltak når det gjeld geriatri og demens, til at dei tilsette har lite medvit om dei spesi- fiske behova som menneske med demens- sjukdom har. Låsing av dører og bruk av sengehest og belte i stol er i denne saman- hengen eksempel på tvang/tiltak som inn- skrenkar rettar. I mange tilfelle manglar det også ei systematisk avklaring med næraste pårørande ved bruk av vernetiltak.

Systematisk styring av verksemda – saks- behandling, journalføring og dokumenta- sjon

Både i 2003 og 2004 påpeikar tilsynsorganet manglar overfor dei undersøkte kommunane når det gjeld rutinar som skal sikre styring av saksbehandlingsprosessen ved tildeling og endring av tenester. Fleire av revisjons- rapportane peikar på at det er ein omfattande bruk av munnleg i saksbehandlinga. Eit døme er at tenestemottakarane får munnleg melding om at vedtak blir revurderte, og at ein får avslag på tenester per telefon utan at det blir dokumentert, noko som tek frå tenestemottakarane høvet til å setje fram formelle klager dersom dei ønskjer det.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka har i nokre få revisjonar retta søkjelyset spesielt mot utgreiing og kartlegging av teneste- behov, og mot brukarmedverking som grunnlag for vedtak. Observasjonar som blir nemnde i denne samanhengen, er at kom- munane manglar tilstrekkeleg dokumenta- sjon som viser om søkjar og/eller pårørande har fått høve til å medverke når teneste- tilbodet blei utforma, og at kommunane manglar system for å vurdere samtykke- kompetanse.

Erfaringar frå tilsyn viser at enkelte kom- munar fastset normer for utforming og om- fang av tenester, for eksempel gjennom politiske vedtak for utmåling av tenester. Eksempel på dette er heimhjelpstenester som blir gitt kvar tredje veke, eller at det er innarbeidd ei forståing av at innhaldet i § 4-2 berre omfattar støvsuging og vask. Til- deling av tenester ser ut til å skje etter denne fastsette norma utan at ein vurderer dei indi- viduelle behova tilstrekkeleg.

Illustrerende eksempel frå ein revisjons- rapport:

*«Kommunen sikrer ikke at individuelt hjelpebehov er avgjørende ved tildeling av sosiale tjenester, hjelp til praktisk bi- stand og opplæring. (...) Det er utarbeidet norm for utmåling av tjenester som er klart styrende og i stor grad avgjørende for tildeling.»*

Sjølv om det ser ut til å vere ei aukande forståing for at ein må etablere og setje i verk systematiske tiltak som sikrar kommu- nane kontroll over eiga verksemd, viser til- synserfaringane at dei fleste undersøkte kommunane har eit utviklings- og forbe- tringsarbeid å gjere. Dette ser særleg ut til å gjelde systematisk arbeid med handtering av avvik. Observasjonar i revisjonsrapportar skildrar for eksempel at verksemd manglar rutinar for å handtere avvik, at dei manglar kultur for å melde frå om avvik, og at med- arbeidarane ikkje har ei felles forståing av kva som skal meldast som avvik.

Illustrerende eksempel frå ein revisjons- rapport:

*«Gjennom intervju gjekk det fram at personalet ikkje har ei felles forståing for kva uhell og nestenuhell som skal meldast, (...) Gjennom intervju og verifikasjon gjekk det fram at det er lite eller ingen avvik som er melde, og verksemda manglar kultur for avviksmelding.»*

Organisatoriske endringar, ressurs- og bemanningssituasjon

Gjennom revisjonsrapportane formidlar Helsetilsynet i fylka at organisatoriske endringar skjer kontinuerleg i kommunane, og at kommunane har utfordringar knytte til bemannings- og kompetansesituasjonen i pleie- og omsorgstenestene.

Dei kommunale utfordringane slik dei blir skildra i revisjonsrapportane, dreier seg om å ha tilstrekkeleg tilgang på personale med nødvendig kompetanse, om å ha tilbod om opplæring, og om gjennomtrekk og sjuke- fråvær. Mange stader dreier det seg også om tidspress. Det vil seie at personalet opplever at dei har for lita tid til kvar tenestemottakar. I enkelte revisjonsrapporter kommenterer tilsynsorganet korleis denne tids- og beman- ningsklemma kan gjere tenestetilbodet sår- bart når det gjeld å sikre fagleg forsvarleg tenesteyting, og når det gjeld å dekkje grunnleggjande behov. Det blir særleg akta

på korleis stramme tidsrammer gjer det vanskeleg for personalet å tilby tilstrekkeleg sosial kontakt til kvar enkelt tenestemottakar.

### 3.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Funn og erfaringar frå tilsyna til fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka viser at det skjer eit utviklingsarbeid i kommunane når det gjeld styring og kontroll av verksemda i pleie- og omsorgstenesta. Men det viser seg også at kommunane framleis har eit stort forbetningsarbeid å gjere når det gjeld å leggje til rette for eit individuelt tilpassa tenestetilbod som er fleksibelt og føreseieleg.

At tenestetilbodet er tilpassa behova til kvar enkelt, er eit avgjerande element i forsvarleg tenesteyting. For at tenestetilbodet skal bli forsvarleg er det også nødvendig at brukaren og/eller nære pårørande får høve til å spele ei aktiv rolle i behovsutgreiinga. Tilsynserfaringane indikerer at det står att ein god del før reell brukarmedverknad er ein kvardagsleg og sjølvsgatt del av rutinane i pleie- og omsorgstenestene.

Koordinering, kommunikasjon og samhandling er også avgjerande for at tenesteytinga skal bli forsvarleg overfor ein stor del av tenestemottakarane i pleie- og omsorgstenesta. Dette blir tydeleg for eksempel når det gjeld handtering av legemiddel. Helsetilsynet meiner det er alvorleg at mange verksemder ikkje kan dokumentere at dei har forsvarlege rutinar for å handtere legemiddel. For den enkelte tenestemottakaren kan dette for eksempel innebere at dei får feil medisin, eller at medisinane dei får, er feil doserte – begge er uheldige hendingar som kan ha alvorlege konsekvensar for den helsemessige og medisinske tilstanden til den enkelte.

Revisjonsrapportane formidlar inntrykk av at bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgstenesta er sårbar. Det er ei dagleg utfordring å ha tilgang til tilstrekkeleg bemanning med nødvendig kompetanse, og det er ein viktig føresetnad for forsvarleg tenesteyting. Bemannings- og kompetansesituasjonen har betydning for at tenestetilbodet skal vere rimeleg stabilt og føreseieleg for den enkelte tenestemottakaren. Tilsynserfaringane tyder på at tidspress gjer det vanskeleg for personalet å skape gode omsorgssituasjonar. For eksempel er tilstrekkeleg god tid viktig for at tenestemottakarane kan få høve til å bruke

sine eigne restfunksjonar i samband med personleg stell. Blir tida for knapp, går det mange gonger raskare og er meir effektivt å utføre aktivitetane *for* tenestemottakaren enn å gjere dei *saman med*.

Stabile omsorgsrelasjonar, konsistens og kontinuitet i tenestetilbodet er viktigare for enkelte grupper av tenestemottakarar enn andre. Personar med demenssjukdommar er eit eksempel her. Helsetilsynet er uroa over at mange verksemder ser ut til å ha lite medvit om tvangsbruk og om kor viktig det er med kompetansebyggjande tiltak for personalet som arbeider med personar med demens.

Interkontrollforskrifta pålegg verksemdene i sosial- og helsetenesta å etablere ordningar, rutinar og praksis «for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivingen» (11). Det er med andre eit lovkrav at verksemda skal arbeide systematisk med avvikshandtering eller avviksbehandling. Litt forenkla sagt handlar avviksbehandling om å lære av feila sine. Den kommunale pleie- og omsorgssektoren omfattar tusenvis av behandlings- og omsorgssituasjonar dagleg; somme er tilsynelatande enkle og oversiktlege, andre situasjonar er prega av kompliserte faglege prosedyrar eller har i seg kompliserte relasjonelle aspekt.

Tilsynsorganet har som utgangspunkt at verksemdene har ansvarsmedvitne og kompetente leiarar og medarbeidarar som har som mål å yte tenestene som planlagt, og etter sosial- og helselovgivinga. Men sjølv i verksemder som planlegg arbeidsoppgåvene godt og har gode skildringar av rutinar, er det uunngåeleg at feil eller uheldige hendingar oppstår. Det er spesielt viktig at verksemder som behandlar alvorleg sjuke og/eller sterkt hjelpetrengande menneske, har høgt medvit om kva delar av tenesta som kan svikte, og arbeider systematisk med å forebygge at uheldige hendingar oppstår.

## 4 Samhandling i helsetenesta – tilsyn med spesialisthelsetenester til menneske med psykiske lidningar 2003

Det blei i 2003 gjennomført eit landsomfattande tilsyn med tilbodet frå spesialisthelsetenesta til vaksne med psykiske problem (12). Helsetilsynet i fylka gjennomførte tilsyn med to einingar kvar; eitt ved akuttavdeling eller post og eitt ved eit distriktpsikiatrisk senter (DPS) med poliklinikk og døgnavdeling. Tilsynet fokuserte på dei alvorlegast sjuke, som har lidningar med psykotiske symptom, og pasientar som har prøvd å ta sitt eige liv.

Tilsynet omfatta til saman 39 akuttavdelingar og distriktpsikiatriske sentra. Også i dette tilsynet blei det funne svikt på fleire område som kan ha direkte eller indirekte konsekvensar for tenesteytinga i kommunane. Vi har derfor valt å trekkje inn nokre funn frå oppsummeringsrapporten (12) som er relevante for denne rapporten.

### 4.1 Funn og erfaringar

Det som følgjer, er eksempel på funn som kan vere viktige for heilskapleg tenestetilbod til brukarane og for samhandling med det kommunale tenesteapparatet:

- Det blei i halvparten av einingane funne at dei krava som retten til vurdering og prioritering stiller, blei mangelfullt etterlevde. Moglege konsekvensar av det er at alvorleg sjuke pasientar ikkje får den utgreiinga og behandlinga dei har krav på, og risikerer å måtte vente uforsvarleg lenge på helsehjelp. Det blei i dette tilsynet ikkje undersøkt kva dette har å seie for kommunane, men det er openbert at kommunale tenester blir utfordra dersom pasientar som treng spesialisthjelp, ikkje får det eller må vente.

- Det blei vidare avdekt DPS-ar som mangla kvalifisert personell – ein heilt nødvendig føresetnad for å kunne gi eit tilbod til alvorleg sjuke pasientar. I halvparten av verksemdene var det mangelfulle samhandlingsrutinar og uklar oppgåvefordeling. Eit fåtal hadde medverka til individuell plan. Moglege konsekvensar kan vere at pasientar som treng trygge omgivnader, blir verande i akuttavdelinga fordi det ikkje finst andre tilbod, eller at dei blir skrivne ut heim utan oppfølging. I det siste tilfellet kan dette føre til at kommunane må ta ansvar for pasientar med alvorlege og ubehandla lidningar som kommunane ikkje har kompetanse for, og som det ikkje er meininga at dei skal kunne ta hand om.

- Nær eitt av tre tilsyn avdekte svikt og manglar også når det gjaldt epikrise. Utan epikrise risikerer pasienten å måtte vente unødvendig lenge på oppfølging, og i verste fall feil behandling eller avbroten behandling

- Tilsynet avdekte at nærare tre av fire verksemdar mangla eit system for å melde eller bruke melde avvik, aggregerte data, tilbakemeldingar for brukarar og pårørande, klager og andre erfaringar. Dette funnet må seiast å vere ein alvorleg svikt i internkontrollen.

### 4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Det er eit lovkrav at tenestene skal lære av feila sine. Særleg viktig er det at verksemdar som behandlar alvorleg sjuke pasientar fokuserer på dei delane av tenesta som kan svikte.

Dette tilsynet avdekte at verksemdene i liten grad fokuserer på systematisk å overvake og følgje med på prosessar som har ein risiko for å kunne feile der konsekvensane av svikt er særleg store, og kva som kan og bør gjerast for å hindre slik svikt.

I eit samla tenestetilbod der det er føresett at fleire ledd og deltenester samverkar, kan svikt ein stad få ringverknader i neste ledd, det vil seie kommunane, anten det gjeld kapasitet, kompetanse eller andre sider ved kvaliteten. Kontinuitet i behandlingsopplegget er svært viktig, i somme tilfelle til og med ein føresetnad for fagleg forsvarleg behandling. Menneske med psykiske lidingar er truleg særleg sårbare dersom kommunikasjonen mellom nivåa i helse-tenesta ikkje fungerer.

## 5 Andre rapportar og kunnskapsoppsummeringar frå tilsynsstyresmaktene

### 5.1 Medisinalmeldingane for 2004

Medisinalmeldingane for 2004 frå Helse-tilsynet i fylka er gått gjennom for å sjå kva dei kan gi av informasjon om kommunale pleie- og omsorgstenester. Vi har spesielt lese med tanke på å finne informasjon som ikkje finst i andre kjelder. Mykje av det som er rapportert i medisinalmeldingane, er informasjon som også finst i andre kjelder, for eksempel tilsynsrapportar, RegRoT eller offentleg statistikk (som data frå SSBs kommuneKOSTRA). I tillegg formidlar Helse-tilsynet i fylka vurderingane sine av situasjonen i helse- og sosialtenestene gjennom desse publikasjonane.

Vidare i dette kapitlet presenterer vi somme av dei tema som går att i fleire av medisinalmeldingane for 2004. Fleire av medisinalmeldingane har klagesaker etter sosial- og helselovgivinga som tema. Desse kjem vi tilbake til i del III, kapittel 5.3 og 5.4.

#### 5.1.1 Generelle utviklingstrekk

Dei fleste medisinalmeldingane formidlar at mange kommunar har eit godt grep om pleie- og omsorgstenestene, og at det blir arbeidd jamt og trutt med utviklings- og forbetningsarbeid. Illustrerande sitat frå medisinalmelding i 2004:

*«Tilsynsmyndigheten vil dog fortsatt være opptatt av forbedring der det konstateres svikt og mangelfulle tjenester, men hovedinntrykket er at kommunene i stor grad gir tilfredsstillende tjenester både med hensyn til omfang og kvalitet.»*

Medisinalmeldingane gir likevel inntrykk av at fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka får ein god del uromeldingar knytte til den

økonomiske situasjonen i kommunane og kva konsekvensar det kan ha for tenestetilbodet til personar med omfattande behov for ulike pleie- og omsorgstenester.

Illustrerande sitat frå medisinalmelding i 2004:

*«Spenningen mellom 'å holde seg innenfor budsjettet' og å sikre at innbyggerne får 'nødvendig helsehjelp', oppleves som vanskelig.»*

Eit anna tema som fleire av medisinalmeldingane formidlar, er at det verkar som om endringar i organisasjonsstruktur og driftsformer er eit vedvarande trekk ved kommunal verksemd. Fleire kommunar vel ein flat organisasjonsstruktur med mange resultateiningar som rapporterer til ei mindre leiargruppe på rådmannsnivå. Somme fylkesmenn er uroleg for at det heilskaplege perspektivet for innbyggjarar med samansette behov ikkje blir teke godt nok vare på i ein slik organisasjonsmodell.

#### 5.1.2 Tilstreккеleg personell med tilstrekkeleg kompetanse

Også i 2004 formidlar fleire medisinalmeldingar uro knytt til bemannings- og kompetansesituasjonen i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Somme stader er det hyppig utskifting av personell, delen av ufaglærte er framleis stor i mange kommunar, og deltidsstillingar og små stillingsbrøkar forekjem ofte. Sett i samanheng med at mange tenestemottakarar både i institusjonsbaserte og heimebaserte tenester treng meir og mindre kontinuerleg medisinsk og omsorgsmessig oppfølging, ymtar fleire medisinalmeldingar om at det lett kan oppstå situasjonar der grensa for fagleg forsvarleg



tenestetilbod blir sett på strekk.

### 5.1.3 Legetenester i pleie- og omsorgstenesta

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2004 bede Statens helsetilsyn om å rette merksemda mot legetenester i pleie- og omsorgstenesta, både i sjukeheimane og i dei heimebaserte tenestene. Helsetilsynet i fylka blei bedne om å ta dette opp som tema i medisinalmeldingane for 2004. Det følgjande er ei kort oppsummering av det nokre fylke har meldt tilbake.

Dei fleste som bor i sjukeheimar har behov for omfattande medisinsk behandling og pleie.

Gjennom tilsyn kjem det ofte fram at sjukeheimslegane har for lite tid til anna arbeid enn direkte oppfølging av pasientane.

Illustrerende sitat frå medisinalmelding i 2004:

*«Ved tilsyn kjem det ofte fram at sjukeheimslegane har lite tid til anna enn direkte oppfølging av pasientane. Ofte manglar ei klar beskriving av innhaldet i stillinga. Fleire stader er det uklart om legane har andre oppgåver enn direkte pasientretta verksemd, og dei deltek lite i tverrfaglege møte, undervisning og utvikling av tenestetilbodet ved sjukeheimen. Nokre gonger har det sett ut til at legen har fungert meir som konsulent for pleiepersonalet enn som ansvarleg for den medisinske behandlinga. (...) Fleire sjukeheimar har arbeidd med å betra rutinane for legemiddelhandtering. Sjukeheimslegen har det medisinske ansvaret for legemiddelforsyninga ved institusjonen og for at tilsette som deltek i utdeling av legemiddel, har nødvendige kvalifikasjonar. Dette ansvaret ser ikkje ut til å vera like klart for alle. I sjukeheimane har legane også ei sentral rolle i arbeidet med utforming av journalsystem og i smittevernet. Difor bør sjukeheimslegen òg delta i utarbeiding av nødvendige skriftlege rutinar, i tverrfaglege møte og i undervisning. På bakgrunn av tilsyn, ein-skildsaker, meldingar frå kommunane om tidleg utskriving av pasientar frå sjukehus og pasientane sine behov for medisinsk behandling og pleie, meiner vi at det ved mange sjukeheimar er avsett for lite tid til at sjukeheimslegen kan ivareta alle oppgåvene som følgjer med ei slik stilling.»*

I heimebaserte tenester viser tilsyn at systematisert og formalisert samarbeid mellom fastlegen for kvar tenestemottakar og heimesjukepleia kan bli betre.

Illustrerende sitat frå medisinalmelding i 2004:

*«Mange av dei som bur i omsorgsbustad, har like store behov for helsehjelp som pasientar i sjukeheimar. Det varierer korleis samarbeidet mellom heimesjukepleie og fastlege fungerer. Ikkje sjeldan er personell i heimesjukepleia mellomledd mellom pasient og fastlege. Det er dei som ser endringar i helse, deler ut medikamenta og formidlar kontakt. Ved tidlegare tilsyn i heimetenestene har det vore døme på at det ikkje er fullt samsvar mellom diagnosar og andre pasientopplysningar og legemiddel som er utskrivne til pasienten. Om dette kjem av mangelfull oppdatering av journalen i heimesjukepleia eller mangelfull kommunikasjon mellom lege og heimesjukepleie om endringar i helse til pasienten, er uvisst. Det som er klart, er at lite informasjon og sjeldne møte mellom pasient og personale som deltek i behandlinga, kan føra til manglande oversyn og iverksetjing av lite føremålstenlege eller i verste fall feil tiltak.»*

### 5.1.4 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Hovudinstrykket etter gjennomgangen av medisinalmeldingane er at det går føre seg mykje godt utviklings- og forbetningsarbeid i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Samtidig illustrerer meldingane at kommunane står overfor utfordringar knytte til økonomi, bemanning og kompetanse som set systema og tenestetilbodet på strekk. Det verkar som om den økonomiske situasjonen i kommunane er vanskeleg, og han tvingar i fleire tilfelle fram vanskelege prioriteringar, noko som også kan ha konsekvensar for pleie- og omsorgstenesta.

Bemannings- og kompetansesituasjonen ser, saman med økonomien, ut til å gjere tenestetilbodet sårbart og lite robust. Medisinalmeldingane tyder på at grensa for fagleg forsvareleg verksemd er på strekk. Det sårbare er knytt til å sikre ei stabil bemanning med tilstrekkeleg kompetanse som kan møte dei mangfaldige faglege utfordringane ulike brukargrupper med omfattande behov for ulike former for tenestetilbod representerer.

## 5.2 «Verdt å vite»-meldingar

### 5.2.1 Funn og erfaringar

Som nevnt i innleiinga i rapporten som ligg føre, er ”verdt – å – vite” meldingar eit rapporteringssystem frå Helsetilsynet i fylka og fylkesmennene inn til Statens helse-tilsyn.

Den lokale kunnskapen som ligg til grunn for meldingane kan ha utspring i tilsyn, oppslag i media om hendingar, lokale kartleggingar eller anna. Rapporteringsforma er open, og Statens helsetilsyn ber om fylkas vurdering, skildring av status osv. uten nærare spesifisering av område eller tema. Med dette ønskjer Statens helsetilsyn nettopp å få fylkas vurdering, basert på deira kunnskap om tenesteområde de meiner er naudsynte å rette merksemda mot i sitt fylke på eit gitt tidspunkt.

I 2004 blei kommunale pleie- og omsorgstenester omtalte i 13 «verdt å vite»-meldingar. Alle meldingar dreier seg om uro knytt til den økonomiske og personellmessige ressursituasjonen i kommunane, og kva konsekvensar han kan ha for tenestetilbodet som brukarane får.

På same måten som i medisinalmeldingane (sjå førre kapittelet), er uroa knytt til bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgssektoren, nærare bestemt for liten og ustabil tilgang på personell med tilstrekkeleg kompetanse. Helsetilsynet i fylka formidlar at i fleire kommunar er bemanninga, både i institusjonsbasert og heimebasert omsorg, så knapp om natta og i helgane at tilsynsorganane er i tvil om tenestene som blir gitt, er fagleg forsvarlege.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka melder at det verkar som om det tek lengre tid for kommunane enn føresett i Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell, å nå målsetjingane sine om å redusere delen av ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren. Fleire av fylkesmennene peikar på at ein for høg del ufaglære kan føre til auka bruk av tvang overfor personar med psykisk utviklingshemming utan at det ligg føre heimel i lovverket.

Somme fylkesmenn er også urolige for at tilbodet om praktisk bistand og opplæring, både til tenestemottakarar med psykisk utviklingshemming og andre tenestemottakarar, i somme kommunar blir redusert. Reduksjonen blir grunnleggjande med stram kom-

muneøkonomi, og ikkje med endra behov hos kvar enkelt brukar. Hos dei same fylkesmennene speglar dette utviklingstrekket seg også i ein auke i talet på klagesaker.

### 5.2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Heilt sidan «Verdt å vite»-meldingane blei etablerte som rapporteringssystem i 2002, har Helsetilsynet i fylka, og dei siste par åra også fylkesmennene, uttrykt uro knytt til pleie- og omsorgstenesta. Særleg har bemannings- og kompetansesituasjonen og forholdet til fagleg forsvarlege tenester vore ein tematisk gjengangar i meldingane. Det kommunale ansvaret dreier seg om å disponere knappe personellressursar slik at dei har eit fagleg forsvarleg tenestetilbod heile døgnet. Verksemdsleiinga må ha god oversikt over behova til kvar tenestemottakar og vere i stand til å styre ressursane slik at tilgjengeleg kompetanse blir nytta til å gi dei med størst behov eit fagleg forsvarleg og individuelt tilpassa tenestetilbod. Det uroar Statens helsetilsyn at stram kommuneøkonomi blir brukt som grunnleggjande for å redusere tenestetilbodet til brukarane utan at behova er endra.

## 5.3 Klagesaker frå pleie- og omsorgstenesta etter helselovgivinga

RegRoT er eit register for klager på rettar og for tilsynssaker på helseområdet, der opplysningar om alle slike saker som Helsetilsynet i fylka behandlar, blir registrerte.

Ei klage på rettar er ei klage frå pasient, pårørende eller andre som meiner at dei ikkje får det tenestetilbodet dei har rett til etter helselovgivinga. I saksbehandlinga si vurderer tilsynsorganet klaga for å sjå om rettane pasienten har etter helselovgivinga, er oppfylte eller ikkje.

Tilsynsorganet kan opne ei tilsynssak på grunnlag av ei klage eller ei rapportert hending. I ei tilsynssak vurderer tilsynsorganet kvaliteten på den tenesta som er gitt.

RegRoT gir tal for fordeling av tilsynssaker etter tenesteområde. Det er for eksempel mogleg å skilje ut dei sakene som gjeld heimebasert helseteneste og sjukeheimar, og det er mogleg å identifisere relevante saker som er kategoriserte som fastlege-teneste eller anna primærhelseteneste. RegRoT gir også tal for omfanget av tilsynssaker som er retta mot dei ulike tenestekate-

goriane og for omfanget av saker retta mot ulike helsepersonellgrupper.

### 5.3.1 Funn og erfaringar frå saker om rettar

Pasientrettslova av 1999 gir pasientar rett til å klage over at rettar på helseområdet ikkje er innfridde. Klagene på rettar er sidan 2003 blitt registrerte i RegRoT.

Ettersom klageretten er blitt betre kjend, har det vore ein auke i talet på rettsklager, men talet er framleis lågt i høve til talet på vedtak som blir fatta.

På landsbasis forventar vi at det kjem om lag 750 klager i 2005. Av desse vil klager på pleie- og omsorgstenestene utgjere om lag 250. Av dei 80 klagene som var registrerte i første tertial 2005 (1. januar – 30. april), gjaldt dei aller fleste manglande innfriing av retten til nødvendig helsehjelp – i praksis vil dette seie manglande sjukeheimplass eller for lite heimesjukepleie. Om lag 30 prosent av desse klagene blei gitt heilt eller delvis medhald.

### 5.3.2 Funn og erfaringar frå tilsynssaker

Det blei i 2004 fatta 1980 vedtak i 1675 saker (nokre komplekse saker omfattar meir enn éin del av helsetenesta og/eller meir enn eitt helsepersonell). Noko over halvparten av vurderingane gjaldt kommunehelsetenesta, og om lag ein firedel av sakene i kommunehelsetenesta gjaldt heimebaserte helsetenester og sjukeheimar.

Det var noko færre saker i 2003 enn i 2004, men ein noko større del saker i kommunehelsetenesta samanlikna med spesialisthelsetenesta.

Ut frå ei oversikt over kva lov og paragraf som er brukt i vurderingane i 2003, 2004 og til no i 2005, går det fram at dei fleste sakene i pleie- og omsorgstenesta dreier seg om at undersøking, behandling eller medisinerer ikkje har vore forsvarleg nok. Nest hyppigast er at retten til nødvendig helsehjelp ikkje er oppfylt godt nok, dernest saker som gjeld organisering av verksemd.

### 5.3.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Talet på klager skal liggje til grunn som eitt av vurderingskriteria når tilsynsorganet skal velje område for tilsyn (13). Dersom nokre område peikar seg ut med særleg høgt tal

klager både på fylkesnivå og nasjonalt nivå, kan det også vere aktuelt å gå djupare inn i fleire enkeltsaker og analysere dette nærare. Det er først frå 1. januar 2005 at kvaliteten på det som er registrert i RegRoT om saker kring rettar, kan seiast å ha tilfredsstillande kvalitet. Før den tida har det vore gjort mykje feil – primært i korleis opplysningane er registrerte, men det har også vore ein del som har vore uklart knytt til behandlinga av saker som har lege i grenselandet mellom tilsynssak og rettsklage. Vi har derfor berre presentert tal frå 2005.

Informasjon frå klagesaksbehandlinga kan saman med informasjon frå andre kunnskapskjelder vere med på å gi tilsynsorganet eit kunnskapsgrunnlag for å seie noko om, eller reise spørsmål ved tilhøvet mellom behovet til befolkninga og det tenestetilbodet dei får. Kunnskapsgrunnlaget kan vere eit bidrag ved risiko- og sårbarheitsvurderingar og seinare ved avgjerder om prioritering av tilsyn både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Informasjon frå klagesakene kan gi kunnskap om kva tenester det blir klaga på, kva delar av tenestene det blir klaga på, og kven som klagar (for eksempel alder og kjønn).

Førebels viser informasjon frå RegRoT at talet på klager frå pleie- og omsorgssektoren er svært lågt samanlikna med talet på vedtak som blir fatta, og aktivitetsnivået i sektoren.

Statens helsetilsyn merkar seg likevel at frå 2003 til 2004 har talet på klager auka, og at den største delen av klagesakene var knytte til om undersøking, behandling og medisinerer var fagleg forsvarleg. Etter kvart som medvitet og kunnskapen i befolkninga aukar om høva til å klage, er det grunn til å tru at talet på klager kjem til å auke. RegRoT er ei verdfull kjelde til kunnskap for tilsynsorganet, og vi vil følgje med på utviklinga både i tilsynssakene og sakene om rettar vidare.

## 5.4 Klagesaker frå pleie- og omsorgstenesta etter sosiallovgivinga

Alle avgjerder kommunen tek som gjeld tildeling av eller avslag på søknad om sosiale tenester, kan klagast inn for Fylkesmannen. Fylkesmennene rapporterer årleg til Statens helsetilsyn frå klagesaksbehandlinga i eige fylke.

Klagene dreier seg i hovudsak om søkjarar som meiner dei heilt eller delvis ikkje får det

dei har rett til eller behov for. I høve til kommunale pleie- og omsorgstenester er det særleg klagesaker etter kapittel 4 *Sosiale tjenester* m.v. i sosialtenestelova som er interessante.

Under følgjer ei oversikt over talet på klagesaker som er behandla etter kapittel 4 Sosiale tjenester m.v.<sup>11</sup> i 2003 og 2004, og utfallet av behandlinga av sakene hos fylkesmennene. Desse sosiale tenestene er praktisk bistand og opplæring, avlastning, støttekontakt, plass i institusjon eller bustad med

heildøgns omsorgstenester og omsorgsløn<sup>12</sup>.

#### 5.4.1 Funn og erfaringar frå klagesaker

I 2004 behandla fylkesmennene totalt 7333 klagesaker etter sosialtenestelova, 1421 eller 19,4 prosent av desse sakene gjaldt tenester etter kapittel 4 Sosiale tjenester m.v.. Til samanlikning blei det i 2003 på landsbasis behandla totalt 6340 saker, av desse gjaldt 1399 eller 22,1 prosent tenester etter kapittel 4 Sosiale tjenester m.v.

Tabell 25

*Talet på klagesaker etter kapittel 4 i sosialtenestelova behandla av fylkesmennene 2003 og 2004 fordelt på tenestetype*

Tenestetype	2003		2004	
	Tal	Prosent N=1399	Tal	Prosent N = 1421
Praktisk bistand og opplæring, medrekna brukarstyrt personleg assistanse (BPA)	475	34 %	361	25 %
Avlastning	172	12 %	191	13 %
Støttekontakt	245	18 %	256	18 %
Plass i institusjon eller bustad med heildøgns omsorgstenester	39	3 %	46	3 %
Omsorgsløn	392	28 %	417	9 %
Andre reglar etter kapittel 4 <sup>13</sup>	76	5 %	150	1 %

11) Kapittel 4 *Sosiale tjenester* m.v. i sosialtenestelova inneheld dels ei lovfesting av kva sosiale tenester kommunen skal yte (§§ 4-1 *Opplysning, råd og veiledning* til 4-2 *Tjenester*) og dels reglar om når ein person har krav på sosiale tenester (§§ 4-1 *Opplysning, råd og veiledning*, 4-3 *Hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv* og 4-5 *Midlertidig husvære*).

12) *Praktisk bistand og opplæring* (§ 4-2, bokstav a): Praktisk bistand er ei fellesnemning for heimhjelpstenester og anna hjelp for eldre, funksjonshemma, barnefamiljar og andre. Føremålet er hjelp til daglege praktiske gjeremål i heimen, og hjelp til eigenomsorg og personleg stell. Med opplæring blir meint opplæring i daglege gjeremål. Føremålet er å gjere kvar enkelt mest mogleg sjølvhjelp. *Avlastningstiltak* (§ 4-2, bokstav b): Avlastningstiltak har primært som mål og avlaste pårørande eller andre som har teke på seg omfattande omsorgsoppgåver. Samtidig skal avlastningstiltak sikre at omsorgsmottakar får tilfredsstillande omsorg når omsorgsgivar har fri.

*Støttekontakt* (§ 4-2, bokstav c): Den viktigaste oppgåva for støttekontakten er å hjelpe kvar enkelt til ei meningsfylt fritid.

*Plass i institusjon eller bolig med heildøgns omsorgstenester* (§ 4-2, bokstav d): Føresegna gjeld det ansvarste tenesta har for å søkje plass i rusinstitusjonar for dei som treng den forma for hjelp. Vidare har sosialtenesta ansvar for å ha plassar i kommunale bustader med heildøgns omsorgstenester. Bustader med heildøgns omsorgstenester omfattar kommunale aldersheimar, privat forpleiing og bustader der det bur barn og unge under 18 år utanfor foreldreheimen som treng omsorg. Omsorgslønn (§ 4-2, bokstav e, jf. § 4-4): Kommunen har plikt til å ha ei ordning med omsorgsløn for dei som har særleg tyngjande omsorgsarbeid. Omsorgsgivar har ikkje krav på å få omsorgsløn, men vedkommande har rett til å få eit vedtak om det skal betalast omsorgsløn.

13) Sosialtenestelova § 4-2 er ikkje uttømmende når det gjeld sosiale tenester. Det er mogleg å søkje om andre tenester enn dei som er nemnde i § 4-2 a-e. Kapittel 4-4 inneheld også ei føresegn om at det ved særleg tyngjande omsorgsarbeid kan krevjast at sosialtenesta gjer vedtak om tiltak for å lette omsorgsbøra, og §4-5 inneheld føresegn om mellombels husvære.

Som det går fram av tabellen, utgjer klager etter § 4-2 a den største delen av klagesakene knytte til kapittel 4 Sosiale tjenester m.m.; § 4-2 a handlar om praktisk hjelp og opplæring, i dette er brukarstyrt personleg assistanse (BPA). Hovudtyngda av desse klagesakene dreier seg om klage på avslag på søknad om heimhjelp eller på utmåling av heimhjelpstenester. 96 av klagene (20 prosent) etter § 4-2 a handla om brukarstyrt personleg assistanse.

#### 5.4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

På same måten som for klagesakene etter helselovgivinga, skal talet på klager etter sosiallovgivinga liggje til grunn som eit av vurderingskriteria når tilsynsorganet skal velje område for tilsyn (13).

Klagesakene kan gi informasjon om kva tenester det blir klaga på, og kva delar av tenestene det blir klaga på. Talet på klage-

saker etter kapittel 4 i sosialtenestelova er få sett i forhold til alle enkeltvedtaka som blir fatta, og i forhold til talet på dei som får heimetenester dagleg. Kvifor det ikkje er fleire klager i høve til talet på vedtak og/eller hjelpeinstitusjonar, veit vi ingenting om. Det kan kome av at klageordninga er lite kjend, eller at befolkninga opplever at terskelen for å fremje ei formell klage er høg. Det kan også bety at dei fleste stort sett er nøgde både med omfanget av og innhaldskvaliteten på tenestetilbodet dei får. Så lenge vi ikkje har meir kunnskap om desse forholda, kan vi ikkje trekkje bastante slutningar om forholdet mellom behov og tenestetilbod i pleie- og omsorgstenesta på grunnlag av informasjon frå klagebehandlinga hos fylkesmennene aleine.

Statens helsetilsyn merkar seg likevel at avslag på søknad om heimhjelpstenester, eller utmålinga av slike tenester, det vil seie talet på timar som blir gitt, oftast er bakgrunn for klager etter sosiallovgivinga.

Rapporteringa frå fylkesmennene gir summarisk oversikt over omfanget av klagesaker som Fylkesmannen behandlar kvart år, men seier mindre om bakgrunnen for og innhaldet i klagene.

Enkelte embete oppsummerer likevel innhaldet i klagesakene i medisinalmeldingane og kommenterer samtidig tendensar i fylket sitt. Ifølgje desse medisinalmeldingane dreier klagene seg i all hovudsak om at tenestemottakarar anten har fått avslag på søknad om støttekontakt, omsorgsløn eller heimehjelp, eller at dei har fått redusert talet på timar på heimehjelp eller omsorgsløn. Gjennom nokre av medisinalmeldingane kommenterer Fylkesmannen vidare at dei ser tendensar til at kommunane reduserer tenestetilbodet for eksempel til personar med psykisk utviklingshemming, av omsyn til kommuneøkonomien, og ikkje fordi tenestemottakarane får endra behov. I slike saker omgjer som regel Fylkesmannen vedtaket i kommunen som følgje av openbert urimeleg skjønn.

## **DEL IV**

# **RISIKO OG SÅRBARHEIT I KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTENESTER – oppsummering og vurdering**

# 1 Risiko for svikt og sårbarheit i pleie- og omsorgstenesta basert på funn og erfaringar frå tilsyn – samandrag av informasjon frå del I–III i rapporten

Denne rapporten er, som det er nemnt i innleiinga, knytt til områdeovervakinga i regi av tilsynsorgana. Vurderingar som blir gjorde i samband med områdeovervaking, er i hovudsak ikkje konkrete vurderingar av om krava frå styresmaktene er oppfylte. Faktagrnnlaget frå områdeovervaking kan likevel gi grunnlag for å spørje om krava er oppfylte, og peike på område/tilstandar det kan vere aktuelt å følgje opp nærare (for eksempel ved systemrevisjon). Informasjon frå områdeovervaking kan indikere at det er uønskte forhold i verksemdar, for eksempel at verksemda ikkje tilbyr tenestemottakarane dei tenestene dei har lovfesta rett til og behov for. Det endelege målet for områdeovervaking er å hjelpe til med å sikre eit godt grunnlag for å vurdere risiko og sårbarheit og at krava frå styresmaktene er oppfylte. Dette er eit ledd i å prioritere vidare tilsynsaktivitetar, eller som tilbakemelding til tenestene og som informasjon til oppdragsgivarane våre, departement og Storting.

Eit sentralt krav i sosial- og helselovgivninga er kravet om fagleg forsvarleg verksemd. Helsepersonell er i § 4 (14) i helsepersonellova pålagt å utøve arbeidet sitt i samsvar med krav om fagleg forsvarleg verksemd og omsorgsfull behandling sett i høve til kva det er rimeleg å vente ut frå faglege kvalifikasjonar, typen arbeid og situasjonen elles. Samtidig pålegg helsepersonellova (14) i § 16 verksemdar som yter helsetenester, i denne samanhengen kommunen, å leggje til rette for at kvart enkelt helsepersonell kan oppfylle pliktene sine til forsvarleg verksemd. Sosialtenestelova har inga tilsvarende generell føresegn knytt til tenester som blir gitt etter denne lova, men det er rimeleg å leggje til grunn at dei same krava om forsvarleg verksemd skal stillast også til desse tenestene (15). Fagleg forsvarleg verksemd

er ein rettsleg minstestandard som er sett saman av tre hovudelement: Tenestene må ha tilstrekkeleg kvalitet, ytast i tide og i tilstrekkeleg omfang (16). Særleg er tidsaspektet og ressursaspektet nært knytte til rammevilkåra for yrkesutøvinga, og heng følgeleg saman med det ansvaret verksemdsleiinga har for å leggje til rette for at personellet kan utføre arbeidet sitt på ein fagleg forsvarleg måte. På bakgrunn av det vi til no i rapporten har presentert av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar, er det slik Helsetilsynet vurderer det, grunn til å tru at fagleg forsvarleg verksemd er på strekk i den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

Sjølv om det ser ut til at dei fleste mottakarane av pleie- og omsorgstenester får eit tenestetilbod som har eit tilstrekkeleg omfang i høve til behov, er det også mykje som tyder på at dette slett ikkje gjeld alle. I dei fire undergruppene av tenestemottakarar som det er gjort greie for i del I i denne rapporten, finn vi eksempel på dette. Tilsynsorganet er oppteke av at også tenestemottakarar med andre helsemessige, medisinske og/eller sosiale behov enn det store fleirtalet, får eit individuelt tilpassa tenestetilbod slik dei har behov for og rett til. At dei har behov for tenestetilbod med eit anna innhald og ei anna tilrettelegging enn det som er mest vanleg, krev kreativitet og løysingsorientering frå verksemdsleiinga. I kommunane har leiinga ansvar for å planleggje og styre verksemda slik at knappe ressursar blir nytta til dei tenestemottakarane som har dei største medisinske, helsefaglege og sosiale behova. Det er behova som skal danne grunnlag for løysingane, ikkje omvendt.

Funn og erfaringar frå tilsyn viser også at det er eit stykke att før brukarmedverknad

blir daglegdags i pleie- og omsorgstenesta. Brukarmedverknad er eit sentralt element for å sikre individuell tilpassing og eit fagleg forsvarleg tenestetilbod.

Det verkar blant anna som om sårbarheita i pleie- og omsorgstenestene er knytt til bemannings- og kompetansesituasjonen; det dreier seg om å sikre ei stabil bemanning med tilstrekkelege kompetanse til å møte faglege utfordringar som mange gonger er samansette og kompliserte. På bakgrunn av tilsyn ser det også ut til at samhandling mellom ulike instansar og aktørar i sosial- og helsetenesta er eit sårbart område. I mange tilfelle er koordinering ein nødvendig føresetnad for forsvarleg tenesteyting til brukargrupper med samansette behov. Individuell plan er eit verktøy som kan hjelpe til med å sikre gode prosessar og brukarmedverknad; planane må likevel setjast ut i livet og følgjast opp som avtalt. Slik situasjonen i pleie- og omsorgstenesta står fram på bakgrunn av dei funna og erfaringane som er presenterte i denne rapporten, går Helsetilsynet ut ifrå at det i mange tilfelle er vanskeleg for kommunane å sikre at tenestene blir føreseielege, slik at kvar enkelt tenestemottakar veit kven som kjem når for å gjere kva.



## 2 Risiko for svikt og sårbarheit i pleie- og omsorgstenesta – funn og erfaringar frå tilsyn sett i samanheng med informasjon frå andre kunnskapskjelder

### 2.1 Omfang og mangfald

Vidare i dette kapittlet vil vi sjå nærare på det vi i det føregåande kapittelet peika på som sårbare trekk ved pleie- og omsorgstenesta, og sjå funn og erfaringar frå tilsyn i samanheng med eit utval av andre kunnskapskjelder.

Det er særleg to grunnleggjande trekk ved pleie- og omsorgstenestene i dag som i seg

sjølv byr på betydelege styringsutfordringar for kommunane, og som vi kan seie set systema på strekk: *omfanget av og mangfaldet* i behov.

Tal frå Statistisk sentralbyrå (etter dette forkorta SSB) (17) viser at det over ein tolvårsperiode totalt sett har vore ei jamn stigning i talet på personar som får heimetenester<sup>14</sup>.

Tabell 26

*Mottakarar av heimetenester i perioden 1992–2004. Tal per år fordelt på alder*

	1992	1996	2000	2004
Under 67 år	24 870	29 945	38 393	47 074
67 – 74 år	24 413	20 700	18 888	16 393
75 – 79 år	28 758	26 625	26 358	21 842
80 – 84 år	34 613	32 621	35 524	34 913
85 – 89 år	22 530	24 498	27 677	28 153
Over 90 år	9 854	10 376	12 829	14 476
I alt	146 272	144 765	159 669	162 851

(Kjelde: Statistisk sentralbyrå)

I 2004 var det nær 163 000 tenestemottakarar i heimetenestene, drygt 47 000 eller 29 prosent av desse var under 67 år. Talet på tenestemottakarar som berre får praktisk bistand, er redusert med seks prosent frå 2003 til 2004; talet på mottakarar av heimesjukepleie aukar tilsvarande sterkt.

Ifølgje tal frå KOSTRA (Kommune-StatRAPportering) publisert av SSB fekk 7156 pårørande omsorgsløn i 2003; i 2004 var tilsvarande tal 7234. Stort sett er omsorgsløn knytt til omsorg for eldre eller heimebuande

funksjonshemma barn og unge under 18 år.

Ei evaluering av ordninga i tre forsøkskommunar viste at praksisen i kommunane når det gjaldt korleis tilbodet var utforma, var svært ulik, og at det var komplisert å vurdere behova og måle ut tilbodet (tal timar per veke) (19).

I 2003 fekk 8525 personar tilbod om avlastning, i 2004 var talet 8650. Om lag to tredelar av desse var i alderen 0–17 år. I 2003 hadde 21 708 personar støttekontakt,

14) Heimetenestene omfattar heimesjukepleie og praktisk hjelp.

mens tilsvarende tal i 2004 var 21 984 (18). Mange kommuner melder om at det er vanskeleg å rekruttere støttekontaktar og avlastarar, og at det er vanskeleg å halde på dei over tid (20). Tal frå SSB viser at i år 2000 fekk 300 personar praktisk bistand gjennom ei ordning med brukarstyrt personleg assistanse (BPA); tilsvarende i 2004 var 1349 personar. Per 31. desember 2004 budde ifølgje tal frå SSB 40 960 personar i ei eller anna form for kommunal bustad med pleie- og omsorgsføremål (17).

At mangfald og kompleksitet pregar dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, blei grundig dokumentert også gjennom den nasjonale undersøkinga av tenestemottakarar og tenestetilbodet deira, som Statens helsetilsyn gjennomførte i samarbeid med forskingsinstituttet NOVA i 2003. I oppsummeringa av resultatane seier NOVA følgjande i hovudrapporten (2):

*«Undersøkelsen har vist at pleie- og omsorgstjenesten i Norge dekker et meget stort spekter av oppgaver og tjenestemottakere. Daglig hjelpes om lag 240 000 personer, og antallet er økende (Statistisk sentralbyrå 2001). Hvis en antar at de som får hjemmetjenester, har ett besøk av hjemmehjelpen og to fra hjemmesykepleien i døgnet i gjennomsnitt, og at de som bor i institusjon, får hjelp minst seks ganger hver, kan en si at antallet 'hjelpesituasjoner' gjennom døgnet er omkring en million. Omfanget av aktiviteten i pleie- og omsorgstjenesten blir slående når en illustrerer det på denne måten. Alle slags funksjonshemminger og medisinske tilstander er representert, aldersspennet er stort, og stedene disse menneskene oppholder seg, er mange: sykehjem, aldershjem, moderne omsorgsboliger, andre kommunale boliger og i egne hjem. Man finner mennesker med alle grader av hjelpebehov og de forskjelligste helsemessige problemer i alle disse kontekstene.»*

## **2.2 Tenester tilpassa behova til kvar enkelt**

Alle desse tenestemottakarane har avhengig av alder, kjønn, bustadsituasjon og årsak til hjelpebehov rett på individuelt tilpassa tenester, og kommuneleiinga har ansvar for at tenestetilbodet er fagleg forsvarleg. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helse-tjenesten, som er framlegget frå Berntutvalet om harmonisering av den kommunale

helse- og sosiallovgivinga, slår fast følgjande (15,s.66):

*«Individuelle behov skal danne grunnlaget for tjenestetilbudet, uavhengig av om behovene har sammenheng med tjenestemottakerens fysiske eller psykiske situasjon, kulturelle eller sosiale bakgrunn, eller andre spesielle behov som gjør seg gjeldende.»*

Skal tenestetilbodet vere fagleg forsvarleg, er det ein føresetnad at kommunen har eit styringssystem der ei grundig utgreiing av behova til kvar enkelt ligg til grunn for å tildele tenester. Utgreiinga skal vere innretta slik at brukaren eller pårørande får ta del og komme med innspel og ønske. Systemet må også vere innretta slik at endringar i behov blir fanga opp og formidla slik at det er mogleg å justere tenestetilbodet.

Utvida ansvarsområde har dei seinare åra gitt kommunane utfordringar i form av nye brukargrupper med samansette og omfattande behov for hjelp og støtte; behov som best blir møtte gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vore vanleg tidlegare.

Eksempel på nye brukargrupper er menneske med psykisk utviklingshemming og menneske med psykiske lidningar. Analysane som NOVA har gjort på oppdrag frå Statens helsetilsyn i del I av rapporten, saman med funn og erfaringar frå tilsyn, viser at det er grunn til å vere uroa for om tenestetilbodet til brukarar med samansette og langvarige behov er tilstrekkeleg stabilt, og har eit omfang og innhald, og er innretta slik at det reelt sett er tilpassa behova til kvar enkelt.

Sosial- og helselovgivinga stiller krav om at det er vurderingar av behova til kvar enkelt, og ikkje tilgjengelege ressursar, som skal liggje til grunn når ein formar ut omfang og innhald i tenestetilbodet. Funn og erfaringar frå tilsyn som fylkesmennene og Helse-tilsynet i fylka har gjennomført, hintar om at somme kommuner fastset normer for utforming og omfang av tenester, for eksempel gjennom politiske vedtak, for å utmåle tenester. Eksempel på dette er heimehjelps-tenester som blir gitt to timar kvar tredje veke, eller at det er innarbeidd ei forståing av, anten implisitt eller eksplisitt gjennom serviceerklæringar, at innhaldet i § 4-2 a i sosialtenestelova berre omfattar støvsuging og vask. Det verkar som om tenestene blir tildelte etter den fastsette norma utan at individuelle behov blir tilstrekkeleg vurderte.

Mykje tyder på at ei slik standardisering av tenestetilbodet i heimebaserte tenester kan skape barrierar for individuelle løysingar, særleg når tenestemottakarane har behov for eit tenestetilbod med eit anna innhald og ei anna tilrettelegging enn fleirtalet.

Ein studie frå svensk eldreomsorg (21) viser nettopp at eit stadig meir standardisert tenestetilbod styrer utforminga av tenestene til den enkelte tenestemottakaren. Det er grunn til å tru at dette utviklingstrekket ikkje berre gjeld i Sverige, og heller ikkje berre i høve til eldre. Truleg er dette eit trekk ved tenestene som er viktig for alle som søker om og får kommunale helse- og sosialtenester.

Fleire forskingsstudiar (22, 23, 24) har peika på at dei kommunale helse- og sosialtenestene manglar fleksibilitet i møte med yngre funksjonshemma. Det er ein føresetnad at tenestetilbodet er føreseieleg og fleksibelt for at menneske med funksjonshemmingar skal kunne ta del i samfunnslivet, få utdanning, arbeid og ha ei aktiv fritid. Det har vist seg at tradisjonelle heimetenester ikkje tek vare på desse omsyna på ein god nok måte. Blant anna verkar det som om mangel på kontinuitet i personalet skaper belastande situasjonar, der den som skal få hjelp, stadig må instruere og lære opp nye og ukjende hjelpearar. Sett frå ståstaden til brukarane verkar det som om organisatoriske og administrative strukturar i mange tilfelle representerer strukturelle barrierar som er med på å halde ved lag og forsterke opplevinga av å vere funksjonshemma og hjelpetrengande.

Mykje tyder på at for ein del brukarar med langvarige og samansette behov for kommunale helse- og sosialtenester, blir «kampen» for å få det tenestetilbodet dei har behov for og rett til, så strevsamt at det kan vere rettmessig å snakke om ei oppleving av å bli krenkt. Somme studiar ymtar om at dette sett frå ståstaden til brukarane dreier seg om at dei møter system som er innretta slik at knapp tid og knappe ressursar, fragmentering av ansvar, mangelfulle rutinar og manglande kontinuitet og stabilitet i bemaninga er med på å skape situasjonar som brukaren opplever som krenkjande. (22, 25).

Ønsket om meir føreseielege og fleksible tenester dreier seg om at brukarane sjølve ønskjer å kunne påverke kven dei skal ha som hjelpearar, kva arbeidsoppgåver hjelpearane skal utføre, og når dei skal gi hjelpa. Brukarstyrt personleg assistanse (BPA) er ei ordning som langt på veg ser ut til å komme desse behova og ønska i møte (26, 27).

Brukarstyring er eit sentralt prinsipp i ordninga. Brukaren fungerer som arbeidsleiar for assistentane, og definerer sjølv sine eigne behov, lærer opp og rettleier assistentane. Det er også brukaren som sjølv bestemmer fordelinga av det talet timar kommunen tildeleg gjennom vedtaket sitt. Ein gjennomgang av klagesaksbehandlinga i sju fylkesmannsembete viser at når det blir klaga på ordninga, dreier det seg hovudsakleg om tre forhold: at kommunane har gitt avslag på søknad om brukarstyrt personleg assistanse, at det ikkje er tildelt tilstrekkeleg tal timar og om fordelinga av timar, i dette er også talet timar som er sett av som fleksibel ressurs, er tilstrekkeleg. (28).

I hovudrapporten etter Helsetilsynets nasjonale undersøking i 2003 av tenestemottakarar og tenestetilbod (2), uttrykte Statens helsetilsyn uro for at det kan verke som om buform er viktig for tilgang på heimesjukepleie og praktisk hjelp. Tenestemottakarar som bur i eigne opphavlege heimar, har lovfesta rett til eit tenestetilbod på lik linje med dei som bur i andre kommunale buformer. På bakgrunn av resultatane reiste tilsynsorganet spørsmål ved om vi står overfor ei utvikling der det blir gjort vanskelegare for tenestemottakaren å ha eit reelt høve til å bu i eigen opphavleg heim når hjelpebehovet blir større enn eit visst omfang. Særleg verkar det som om dei som bur i eigne opphavlege heimar, får eit tenestetilbod som er meir avgrensa i omfang og innhald enn dei som bur i dei ulike formene for kommunale bustader; trass i at funksjonsnivået er nokså likt på tvers av buformene. Resultata viste at heimesjukepleia hadde kortare og færre besøk hos desse, og at dei hadde mindre tilsyn om kvelden og natta. Dessutan tek det lengre tid før dei får hjelp dersom noko spesielt skulle komme på. Dei får også mindre praktisk hjelp per veke enn dei som bur i omsorgsbustader med husbankstandard og i andre kommunale bustader.

Anna forskning på feltet har også vist same tendensen: Det verkar som om tilgang på heimesjukepleie og heimehjelp er meir avgrensa for dei som bur i eigne opphavlege heimar (29). Helsetilsynet meiner framleis at det kan vere grunn til å spørje om det går føre seg ei form for standardisering av bu- og tenestetilbod; det vil seie at sjukeheimar med omsorgsbustader er dei einaste reelle løysingane når omfanget av hjelpebehovet blir omfattande. Det vil i så fall vere i strid med sentrale sosial- og helsepolitiske føringar med lovgivinga, dersom tenestemottakarar med omfattande hjelpebehov må

flytte i omsorgsbustad eller institusjon mot eige ønske for å få eit fagleg forsvarleg tenestetilbod av tilstrekkeleg omfang.

Innspel frå ressurspersonar og frå brukar- og interesseorganisasjonar tyder også på at det går føre seg ei form for standardisering av støttekontakttjenester og avlastningstilbod. Som tidlegare nemnt har kommunane vanskar med å rekruttere støttekontaktar. Somme kommunar vel da å etablere ulike gruppeaktivitetar. For somme tenestemottakarar er dette eit godt tilbod om sosial kontakt og aktivitet, men det er grunn til å tru at eit «ein til ein»-tilbod for ein del tenestemottakarar kan være den beste løysinga.

Sosial- og helsepolitiske føringar og lovverket legg vekt på brukarmedverknad. Skil den individuelle tilpassinga av tenestetilbodet vere reelt, er brukarmedverknad ein grunnleggjande føresetnad. Slik sett kan brukarmedverknad også vere eit aspekt ved forsvarleg tenesteyting. I dag er det uklart om ein tek vare på omsynet til synspunkt og ønske frå brukaren på ein tilfredsstillande måte, men det verkar som om det er klart nok at dette er eit sårbart område på bakgrunn av tilsynserfaringar og annan kunnskap om sektoren. Sjølv om tenesteytar, i dette tilfellet dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, kan velje hjelpeform, er brukarmedverknad og brukarpåverknad som nemnt sentrale prinsipp nedfelte i sosial- og helselovgivinga. Dette inneber at tenesteytar må leggje seg i selen for å finne individuelle løysingar i samarbeid med tenestemottakar.

### 2.3 Heilskapleg og koordinert tenestetilbod

I dei fire undergruppene vi har analysert, finn vi mange tenestemottakarar med helsebehov og sosiale behov som gir kommunane utfordringar knytte til å etablere eit heilskapleg, koordinert helsetilbod. At tenestetilbodet er heilskapleg og koordinert, er ein føresetnad for at det skal vere fagleg forsvarleg. For somme tenestemottakarar som får ei enkelt teneste av avgrensa omfang og kanskje for ein avgrensa tidsperiode, er ikkje koordinering like viktig, og følgjeleg heller ikkje avgjerande for at tenesteytinga er forsvarleg.

Opplevinga av eit fragmentert tenestetilbod, utan samarbeid og koordinering mellom ulike aktørar og manglande høve til brukarmedverknad, ligg til grunn for å etablere og forskriftsfeste individuell plan. Erfaringane

frå brukarar, pårørande og tenesteytarar som er involverte i å utarbeide individuell plan, er at planen set fart på prosessar der det ser ut til å vere lettare for brukarane å setje sine eigne ord på kva behov og ønske dei har. Kor formalisert samarbeidet er, og kor formalisert utforminga av sjølve plandokumentet er, ser ut til å variere frå kommune til kommune. Synspunkt frå brukarane på kor standardisert og formalisert planarbeidet skal vere, ser også ut til å variere (30). Individuell plan kan likevel vere ei hjelp til å oppnå eit meir føreseieleg tenestetilbod.

### 2.4 Styring og leiing i ei omskifteleg verksemd

Systematisk styring og leiing av verksemda er ein grunnleggjande føresetnad for å kunne gi fagleg forsvarlege sosial- og helsetenester og å sikre befolkninga dei tenestene ho har behov for og rett til etter sosial- og helselovgivinga. Dette er eit ansvar for kommunen og ei betydeleg utfordring sett i lys av det mangfaldet som pregar den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Systematisk styring og leiing er også ein grunnleggjande føresetnad for kvalitetsutvikling og forbettringsarbeid.

Kvar kommune står etter kommunelova fritt til å organisere tenestetilbodet slik han finn mest føremålstenleg i høve til lokale prioriteringar og behov. Uavhengig av organisasjonsmodell må kommunen i møte med tilsynsorganet kunne dokumentere at han innfrir funksjonskrava i internkontrollen. Internkontroll dreier seg om å styre verksemda slik at krava i sosial- og helselovgivinga blir innfridde, og følgjeleg at rettane til befolkninga blir sikra i praksis. Internkontroll dreier seg også om at leiinga planlegg og har oversikt over verksemda slik at uønskte situasjonar og hendingar ikkje oppstår. Det dreier seg om å styre verksemda for «å unngå å komme på hæla», å ha oversikt over og kjenne behova til befolkninga både på kort og lang sikt.

Krav om effektivisering fører til at kommunane prøver ut ulike organisatoriske grep for å møte utfordringane. Omorganisering ser ut til å vere eit vedvarande trekk ved kommunal sektor og kan skape uro og føre til at mykje av merksemda blir retta mot «det indre livet» i organisasjonen framfor mot den utoverretta verksemda. Uavhengig av organisasjonsmodell er stabilitet og kontinuitet i tenestetilbodet nødvendig for å sikre heilskaplege, koordinerte og individuelt

tilpassa tenester til dei brukargruppene vi har kasta lys over i denne rapporten. Ikkje minst er koordineringa mellom tenester og tenestenivå viktig for å fange opp endra behov hos tenestemottakaren.

Funn og erfaringar frå tilsyn viser at mange kommunar kan dokumentere at dei arbeider jamt og trutt med utviklings- og forbetningsarbeid for å sikre god styring av verksemda. Det er tilsynsorganet godt nøgd med. Det står likevel att arbeid i dei fleste kommunane knytt til å omsetje det planlagde i praksis og til å gjere styringssløfene kjende for medarbeidarane. Det ser særleg ut til at utviklinga av system for å handtere avvik er kommen etter måten kort. Avvikshandtering dreier seg i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendingar. Det dreier seg om å sjå uheldige hendingar som ein veg for læring og forbetring. Uheldige hendingar er uunngåelege i ein kompleks pleie- og omsorgskvardag. Det er ei viktig erkjenning både for leiinga og medarbeidarane i sektoren. Ei slik erkjenning er ein føresetnad for at kulturen i organisasjonen skal bli slik at medarbeidarane opplever det som trygt å melde frå når uheldige hendingar oppstår. Det er også ein føresetnad for at eit system for å handtere avvik skal bli daglegdags. Tilsynserfaringane både frå pleie- og omsorgstenesta, og frå andre delar av sosial- og helsetenesta (12, 31), har avdekt at verksemdene ikkje følgjer tilstrekkeleg systematisk med på prosessar der det er risiko for at det kan oppstå feil, og der konsekvensane av svikt er spesielt store. Verksemdene ser heller ikkje ut til å rette nok merksemd mot det som kan og bør gjerast for å hindre slik svikt. Det ser ut til å vere eit godt stykke att før verksemdene står fram som lærande organisasjonar og tek i bruk tilgjengelege tilbakemeldingar, erfaringar og data for evaluering av eiga verksemd, anten det dreier seg om prioriteringar, ressursbruk, legemiddelhandtering eller bruk av tvang.

Vi vil også presisere at det å utvikle gode styringssystem er ein type arbeid det ikkje er mogleg å seie seg ferdig med. Snarare dreier dette seg om kontinuerleg forbetring av styrings- og arbeidsprosessar, noko leiinga til kvar tid må rette merksemda mot når organisatoriske endringar og omorganisering ser ut til å vere eit vedvarande trekk ved dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

### 3 Oppsummering og vegen vidare

Statens helsetilsyn har gjennom denne rapporten ønskt å setje lys på trekk ved den kommunale pleie- og omsorgstenesta der vi meiner det er ein risiko for svikt. Rapporten er ein del av kunnskapsgrunnlaget vi legg til grunn når vi skal prioritere område for tilsyn. Vi legg til grunn at ansvarlege instansar, på statleg og kommunalt nivå, merkar seg vurderingane i tilsynsorganet og vurderer behovet for oppfølging innanfor sitt eige ansvarsområde. Vonleg kan rapporten gi dei ulike verksemdene innspel og impulsar til eige forbetningsarbeid.

Statens helsetilsyn har sett i gang ulike aktivitetar basert på dei funna og erfaringane som er presenterte i denne rapporten. I 2005 gjennomfører fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka landsomfattande felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtenester. Det er særleg tenestetilbodet til vaksne med samansette og langvarige behov for tenester som er i fokus for dette tilsynet. Fylkesmennene skal i 2005 også gjennomføre landsomfattande tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming.

Interesserte kan lese meir om desse tilsyna på [http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks\\_\\_\\_7131.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks___7131.aspx)

Vidare har leiinga i Helsetilsynet avgjort at det i 2006 skal gjennomførast landsomfattande tilsyn med habiliteringstenestene, og med tverrfaglege spesialiserte tenester til rusmiddelmissbrukarar. I 2006 vurderer dessutan Statens helsetilsyn å starte førebuingane til landsomfattande tilsyn med legemiddelbehandling av eldre.

## Litteraturlistingar

1. Statens helsetilsyn. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.
2. Statens helsetilsyn. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn; 2003.
3. Fylkesmannen i Vestfold. Rettssikkerhetsprosjektet. Februar 2005.
4. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr. 1837.
5. NOU 1999: 13. Kvinners helse i Norge.
6. Statens helsetilsyn. Kommunale helse- tjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998–2003. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003. Oslo: Statens helsetilsyn; 2003.
7. Statens helsetilsyn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.
8. Statens helsetilsyn. Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.
9. Statens helsetilsyn. Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A og kommunens generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter § 4-2, a-e. Rapport fra Helsetilsynet 6/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.
10. Statens helsetilsyn. Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 3/2002. Oslo: Statens helsetilsyn; 2002.
11. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731.
12. Statens helsetilsyn. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.
13. Ot.prp. nr.105 (2001-2002). Om lov om endringer i lov 30.mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover. Helsedepartementet.
14. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
15. NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenester.
16. Halvorsen M. Rettslig grunnlag for medisinsk behandling. Bergen: Fagbokforlaget; 1998.

17. Statistisk sentralbyrå. Kommunal helse- og sosialstatistikk. Førebelse tal, 2004. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/>
18. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA – Kommune-Stat-Rapportering, faktaark reviderte nøkkeltall og grunnlagsdata. <http://www.ssb.no/kostra/> 15.06.05.
19. Eriksen J. Omsorgslønn til familier med funksjonshemmede barn: en ordning full av spenninger. Embla nr.7-2002.
20. NOU 2001: 22. Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.
21. Nordstrøm M, Dunér A. Bevilja och ta emot hjälp. Om biståndsbedömare och äldre i kommunal äldreomsorg. Rapport 5/2003. Göteborg: FoU i Väst; 2003.
22. Lillestø B. Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten. Rapport 22/98. Bodø: Nordlandsforskning; 1998.
23. Grue L. Motstand og mestring. Om funksjonshemning og livsvilkår. NOVA-rapport 1/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2001.
24. Woll H. Å bli gammel med cerebral parese. En kvalitativ studie av aldring og mestring. HiO-rapport 12/2003. Oslo: Høgskolen i Oslo; 2003.
25. Olsvik VM. Makt, avmakt og institusjonelle overgrep. Paper presentert på 1. nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.
26. Askheim OP. Personlig assistanse – modellutforming og myndiggjøring. Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.
27. Andersen J. Organisering av brukerstyrt personlig assistanse – betyr det noe? Paper presentert på 1. nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.
28. Begg IS. Hva skjer med klagesakene vedrørende brukerstyrt personlig assistanse? Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.
29. Slagsvold B. Hva med de hjemmeboende? Aldring & eldre 1999; 4.
30. Thommesen H, Normann T, Sandvin JT. Individuell plan. Et sesam, sesam? Oslo: Kommuneforlaget; 2003.
31. Statens helsetilsyn. Meldesentralen – årsrapport 2003. Rapport fra Helsetilsynet 5/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.



# Dikšun- ja fuolahusbálvalusat gáržžáhallet. Jagiid 2003 ja 2004 čeahkkáigeassu ja analysa iešguđet geahčuid gávnnahemiid ja vásáhusaid olis

Dearvvašvuodageahču raporta 7/2005 oanehis čeahkkáigeassu

Almmuhuvvon raporttas čeahkkáigeassá Stáhta dearvvašvuodageahčču gávnnahemiid ja vásáhusaid suohkanlaš dikšun- ja fuolahusdoaimmaid geahčus 2003-2004. Geahču gávnnahemiid ja vásáhusaid viiddis árvvoštallama ja guorahallama bokte dáhttu Dearvvašvuodageahčču leat mielde válddahallame osiid suohkanlaš sosiála- ja dearvvašvuodabálvalusas, ja fuomášuhttit vejolaš rašes beliid, namalassii gokko sáhtta leat várra ahte bálvalus ii deavdde mearriduvvon lágaid ja njuolggadusaid gáibádu-said.

Raporta lea njealji oasis:

- I. oasis leat ođđa analysat maid dutkaninstituhitta NOVA lea čađahan Stáhta Dearvvašvuodageahču ovddas (eai almmuhuvvonovdal). Analysaleačađahuvvon čohkkejuvvon materiála vuodul našovnnalaš iskkadeamis "Dikšun- ja fuolahusbálvalus suohkaniin, bálvalusaid vuostávdit, veahkkedárbbut ja fálaldagat", ja dieđuid vuodul čohkkejuvvon NOVA galledemiin suohkaniin iežas dárogillii namuhuvvon LAG-studias (LAG – Livsløp, aldring og generasjon, sámegillii: Eallingeardi, boarásmuvvan ja buolva)
- II. oasis lea Dearvvašvuodageahčču árvvoštallan NOVA analysaid bohtosiid.
- III. oasis leat ovtastuvvon 2003 ja 2004 eará gávnnahemiid ja vásáhusat mat gusket suohkanlaš dikšun- ja fuolahusbálvalusaid dási árvvoštallamii

- IV. oasis lea raportta I–III osiid gávnnahemiid ja vásáhusaid čeahkkáigeassu ja árvvoštallan, ja guoská suohkanlaš beliide dikšun- ja fuolahusbálvalusas mat geahčcoeiseváldiid mielas sáhttet leat rašit ja gokko sáhttet čuožžilit váilevuodát.

Raporta lea oassin Dearvvašvuodageahču doaimmas mii sisttisoallá surggiid bearráigeahččamii. Surggiidbearráigeahččan lea geahčču váldoássiid perspektiivvas ja lea bearráigeahččama ulbmiliin dieđuid háhkan sosiála- ja dearvvašvuodabálvalusaid birra, ja daid systemahtiseret ja dulkot.

# Nursing and Care Services Under Strain Comparison and Analysis of Findings and Experience from Supervision of Services in 2003 and 2004

## Summary of Report from the Norwegian Board of Health 7/2005

In this report, the Norwegian Board of Health compares and summarizes the findings and experience gained from various types of supervision of municipal nursing and care services during the period 2003-2004. By carrying out a broad evaluation, and by discussing findings and experience gained from supervision, the Norwegian Board of Health aimed to describe the situation in municipal health and social services, and to identify potentially vulnerable areas where there is a risk that deficiencies in provision of services may occur, from a supervision perspective. In other words, we aimed to identify areas where there is a danger that the services are not in accordance with the requirements laid down in or pursuant to laws and regulations.

The report has four parts:

- Part I presents previously unpublished analyses of data from the national survey “Nursing and Care Services in the Municipalities, Clients, Need for Care and Provision of Care”. These analyses were carried out by the research institute Norwegian Social Research (NOVA), commissioned by the Norwegian Board of Health. Part I also presents information collected by NOVA as part of the LAG Study (Lifetime, Ageing and Generation).
- Part II presents the Norwegian Board of Health’s evaluation of the results of NOVA’s analyses.
- Part III presents comparisons of the findings and experience gained from other types of supervision of services in 2003 and 2004 that are relevant for evaluating the status of municipal health and social services.

– Part IV presents a summary and evaluation of the material presented in Parts I-III, and identifies areas where, in the opinion of the supervision authorities, there is a risk that deficiencies in provision of services may occur.

This report is part of the activities of the Norwegian Board of Health in its work with area surveillance. Area surveillance is general supervision, involving collecting, organizing and interpreting knowledge about health and social services from a supervision perspective.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgjevingar 2004

- 1/2004** Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003
- 2/2004** Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003
- 3/2004** Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker
- 4/2004** Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer
- 5/2004** Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten
- 6/2004** Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport
- 7/2004** Meldesentralen – årsrapport 2001-2002
- 8/2004** Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge
- 9/2004** Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003
- 10/2004** Tilsyn med kodepraksis
- 11/2004** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004
- 12/2004** Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere
- 13/2004** Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten
- 14/2004** Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten

## Tilsynsmeldingar

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den nyttast til å orientere omverda om saker som er sentrale for sosial- og helsetenestene og for offentlig debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finnest i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

## Utgjevingar 2005

- 1/2005** Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004
- 2/2005** Rapport om rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder
- 3/2005** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente
- 4/2005** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere
- 5/2005** Meldesentralen - årsrapport 2003
- 6/2005** Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A og kommunenes generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter § 4-2, a-e. Tilsynserfaringer 2003-2004
- 7/2005** Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004

Serien vart etablert i 2002. Alle utgjevingar i serien finnest i fulltekst på Helsetilsynets nettstad [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgjevingar finnest i tillegg i trykt utgåve som kan tingast frå Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale tema frå tilsynssakene (enkelt saker). Serien vart etablert i 2005 og finnest på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Der kan det også teiknast abonnement. Tema i dei numra som er utkomme til no:

- 1/2005 Behandling med vanedannende legemidler  
2/2005 Feilbehandling o.a.  
3/2005 Taushetsplikt

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla resultat frå tilsyn med sosial- og helsetenestene.

Serien vart etablert i 2002 og vert utgjeve av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finnest i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 7/2005

### **Pleie- og omsorgstenester på strekk. Samanstilling og analyse av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004.**

I denne rapporten presenterer Statens helsetilsyn ei samanstilling og oppsummering av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar knytte til kommunale pleie- og omsorgstenester i perioden 2003–2004. Gjennom ei brei vurdering og drøfting av funn og erfaringar frå tilsyn ønskjer Helsetilsynet å vere med på å skildre situasjonen i delar av den kommunale sosial- og helsetenesta, og å peike på potensielt sårbare område med risiko for svikt i eit tilsynsperspektiv; det vil seie område der det ser ut til å vere fare for at tenestene ikkje fyller dei krava som er fastsette i lov og forskrift.

Rapporten har fire delar:

- Del I inneheld nye analysar som forskingsinstituttet NOVA har gjort (ikkje publiserte tidlegare) på oppdrag frå Statens helsetilsyn av det innsamla materialet frå den nasjonale undersøkinga «Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud», i tillegg til informasjon som er samla inn gjennom besøk som NOVA har gjort i kommunane innanfor ramma av LAG-studien (Livsløp, aldring og generasjon).
- Del II inneheld vurderingane som Helsetilsynet har gjort av resultatane frå analysane til NOVA.
- Del III inneheld ei samanstilling av funn og erfaringar frå andre tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004 som har relevans for vurderinga av status i kommunale pleie- og omsorgstenester.
- Del IV inneheld oppsummering og vurdering baserte på funn og erfaringar frå del I–III i rapporten, og er knytt til trekk ved den kommunale pleie- og omsorgstenesta som tilsynsorganet meiner kan representere sårbarheit og risiko for svikt.

Rapporten er ein del av aktivitetane i Helsetilsynet knytte til områdeovervaking. Områdeovervaking er tilsyn med overordna perspektiv, og omfattar å hente inn, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetenestene i eit tilsynsperspektiv.