

Et stykkevis og delt tjenestetilbud ?

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



Rapport fra Helsetilsynet 3/2006
Et stykkevis og delt tjenestetilbud?
Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester.

Februar 2006

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted
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

Innhold

1 Sammendrag	4
2 Bakgrunn	6
2.1 Tjenestemottakere med behov for langvarige og sammensatte tjenester.....	6
2.2 Risiko for svikt i kommunale helse- og sosialtjenester til personer med langvarige og sammensatte behov	7
2.3 Hva vi har undersøkt	7
3 Metode	10
3.1 Systemrevisjoner	10
3.2 Analyse av revisjonsrapportene	10
4 Funn og vurderinger	11
4.1 Tjenester tilpasset den enkeltes behov	11
4.1.1 Utredning og vurdering av den enkeltes tjenestebehov	11
4.1.2 Iverksetting av tjenester	13
4.1.3 Oppfølging gjennom systematisk evaluering av tjenestebehov og av tjenestetilbud.....	15
4.2 Koordinerte tjenester.....	16
5. Oppsummering og tilrådinger	19
Litteratur	22
Bihtáid miel bálvalusfáláldat?	23
Fragmentary and Divided Services?	24

1 Sammendrag

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2005 et landsomfattende tilsyn som undersøkte hvordan 60 norske kommuner gjennom systematisk styring sikrer at personer med sammensatte og langvarige behov for helse- og sosialtjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i alle faser i et tjenesteforløp, og dermed sikrer at tjenestemottakerne får forsvarlige tjenester i samsvar med myndighetskravene

I målgruppen for tilsynet finner vi tjenestemottakere med et bredt spekter av ulike helsemessige og sosiale behov: de kan i kortere eller lengre perioder ha behov for helsetjenester som legehjelp, fysioterapi, ergoterapi og hjemmesykepleie. Fysisk og/eller kognitiv funksjonssvikt kan innebære at de er helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre til dagligdagse aktiviteter som å stå opp, vaske seg og kle på seg, spise og drikke, gå på toalettet og å legge seg, og for å gjøre praktiske oppgaver i hjemmet som å lage mat og gjøre rent, gjøre innkjøp, måke snø og sørge for oppvarming i boligen; eller for å bryte en isolert tilværelse og ha et meningsfullt liv i fellesskap med andre. Omfattende funksjonssvikt, kronisk sykdom, og kanskje sosiale begrensninger, gjør at helse- og sosialtjenester får en avgjørende betydning for at disse personene skal få en meningsfull og verdig livssituasjon. Raske tiltak, kortvarig og skippertakspreget innsats er ikke tilstrekkelig; hjelpen må være omfattende og faglig forsvarlig *over lang tid*.

I tråd med formålsbestemmelser i helse- og sosiallovgivningen har tilsynsmyndighetene undersøkt om kommunene sikrer *brukermedvirkning, individualisering, koordinering og forsvarlig tjenesteyting* i sine helse- og sosialtjenester. Fordi det dreier seg om tjenestemottakere som er helt avhengig av

omfattende tjenester over lang tid, er tjenestene undersøkt gjennom ulike faser som representerer forskjellige utfordringer for kommunene:

- *Oppstartfasen*: hvordan kommunene håndterer nye henvendelser; planlegger, utreder, vurderer og beslutter ved tildeling av helse- og sosialtjenester.

- *Iverksettelsesfasen*: hvordan planer, beslutninger og vedtak omsettes til konkrete tjenester og tiltak.

- *Oppfølgingsfasen*: hvordan tjenestemottakerne blir fulgt opp og hvordan tjenestebehov og tjenester blir revurdert og justert.

Det er gjennomført tilsyn i 60 kommuner. I 48 av de 60 kommunene er det påpekt forhold ved virksomheten som er brudd på krav i lovgivningen, mens i 43 kommuner har tilsynsmyndighetene påpekt forhold der kommunene har mulighet for forbedring av sin praksis. 33 av de 60 kommunene har fått både avvik og merknader. To kommuner har verken fått avvik eller merknader.

I 21 av 60 kommuner har tilsynsmyndighetene funnet at utredningen av tjenestebehovet og planleggingen av tjenestetilbudet er fragmentert og lite koordinert i forhold til disse tjenestemottakerne. Kommunene sikrer ikke at deltjenestene sammen og i samarbeid med tjenestemottakerne, gjør en forsvarlig utredning og dermed legger det grunnlaget som er nødvendig for å etablere et forsvarlig tilbud slik lovgivningen krever.

Når utredningen av tjenestebehovet og planleggingen av tjenestetilbudet er fragmentert, og i noen tilfeller kan karakteriseres som uforsvarlig, er det rimelig å anta at heller

ikke de konkrete tjenestene og tiltakene blir tilstrekkelig tilrettelagt og tilpasset. Det er heller ikke grunn til å tro at oppfølgingen og evalueringen av tjenestebehov og tjenestetilbud er tilstrekkelig systematisk. Flere funn fra dette tilsynet støtter samlet sett slike antagelser. 12 av de 60 kommunene har ikke et godt nok grep om støttekontakttjenesten. Det vil si at tjenestemottakere må vente lenge før vedtak om støttekontakt blir iverksatt og at det ikke blir satt inn midlertidige tiltak som sikrer at vedkommende får del i et sosialt fellesskap i påvente av støttekontakt. Den generelle ressursituasjonen, tidspress, sykefravær og ferieavvikling som medfører at tjenestemottakerne ikke vet hvem som skal komme når for å hjelpe til med hva, er andre indikasjoner på at forsvarlighetsgrensen er på strekk når det gjelder tjenestetilbudet. Tilsynsmyndighetene har dessuten gjort observasjoner som viser at virksomhetene ikke bruker aktivt og systematisk rapporterings- og avvikssystemene sine for å evaluere og utvikle tjenestene.

I 18 av 60 kommuner har tilsynsmyndighetene funnet grunnlag for å konstatere at virksomhetenes arbeid med individuell plan ikke oppfyller lovkravene. I ytterligere 32 kommuner påpeker tilsynsmyndighetene at virksomhetene har forbedringsmuligheter når det gjelder individuell plan. Sammen med funn som viser at koordineringsfunksjonen ikke er tydelig plassert i mange av de 60 kommunene, slik forskrift om habilitering og rehabilitering krever, tilsier også dette at mye gjenstår for å sikre helhetlige, koordinert tjenester til disse tjenestemottakerne.

Også andre funn viser at kommunene ikke sikrer godt nok at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov for tjenester, får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud gjennom et helt tjenesteforløp. I 22 av 60 kommuner dreier dette seg om forhold som bryter med krav nedfelt i lov og forskrift; mens i 26 av 60 kommuner dreier det seg om at virksomhetene, slik tilsynsmyndighetene ser det, har muligheter for å forbedre sin praksis på dette området. Observasjoner som er knyttet både til avvik og merknader forteller det samme: i alle disse kommunene kartlegger deltjenestene tjenestemottakernes behov hver for seg og ved siden av hverandre, og de respektive tjenestene setter i gang sine tiltak og følger opp disse uten at de systematisk sikrer kommunikasjon med hverandre og med tjenestemottakeren.

Statens helsetilsyn mener at samlet sett gir funnene fra dette tilsynet gode holdepunkter

for å konkludere med at de fleste av kommunene som er undersøkt, ikke sikrer at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov får et forsvarlig tilbud om kommunale helse- og sosialtjenester.

Statens helsetilsyn er inneforstått med at ressursituasjonen er vanskelig i den aktuelle sektoren, og at det kan ha betydning i forhold til de funn som er gjort. Den svikten som er avdekket, er imidlertid nært knyttet til kommunenes evne til å styre virksomheten; det vil si styre sine tilgjengelige faglige og økonomiske ressurser slik at tjenestemottakerne får forsvarlige tjenester tilpasset sine behov. Slik Statens helsetilsyn vurderer det, kan derfor ikke økt ressurstilgang alene løse de problemene den aktuelle gruppen av tjenestemottakere opplever i møte med det kommunale tjenesteapparatet.

Samhandling har betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet og for tjenestemottakerens opplevelse av tjenestetilbudet, og for at tjenestene samlet sett møter den enkeltes behov. Statens helsetilsyn ser derfor særlig alvorlig på de funn som er avdekket i dette tilsynet, og kan ikke akseptere at det fortsetter som nå: at tjenestemottakeren selv må være drivkraft og koordinator for de ulike tjenestene, og selv ha totaloversikten over tjenestetilbudet. De kommunale utfordringene dreier seg etter tilsynsmyndighetens oppfatning primært om å bryte med tradisjonelle arbeidsformer og etablere ny og systematisk samhandlingspraksis på tvers av tjeneste- og fagområder.

2 Bakgrunn

2.1 Tjenestemottakere med behov for langvarige og sammensatte tjenester

I dette tilsynet har tilsynsmyndighetene rettet oppmerksomheten mot tjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte helsemessige og sosial behov. Vi hadde på forhånd ikke et skarpt bilde av én bestemt gruppe av tjenestemottakere eller av diagnoser som skulle falle innenfor eller utenfor tilsynet. Blant tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester finner vi for eksempel personer som er slagrammede, trafikkskadde, personer med multippel sclerose og Parkinson's sykdom eller alvorlig kronisk psykisk lidelse (schizofreni, manisk depressiv) og personer med ulike funksjonshemninger.

I gruppen finner vi tjenestemottakere med et bredt spekter av ulike helsemessige og sosiale behov: de kan i kortere eller lengre perioder ha behov for helsetjenester som legehjelp, fysioterapi, ergoterapi og hjemmesykepleie. Fysisk og/eller kognitiv funksjonssvikt kan innebære at de er helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre til dagligdagse aktiviteter som å stå opp, vaske seg og kle på seg, spise og drikke, gå på toalettet og å legge seg, og for å gjøre praktiske oppgaver i hjemmet som å lage mat og gjøre rent, gjøre innkjøp, måke snø og sørge for oppvarming i boligen; eller for å bryte en isolert tilværelse og ha et meningsfullt liv i fellesskap med andre gjennom å delta i foreningsliv, på kulturarrangement, reise på turer og besøk. Omfattende funksjonssvikt, kronisk sykdom, og kanskje sosiale begrensninger, gjør at helse- og sosialtjenester får en avgjørende betydning for at disse personene skal få en meningsfull og verdig livssituasjon. I denne gruppen av tjenestemottakere kan det også befinne seg personer som har et sykdomsbilde, hvor

belastningen på pårørende er så stor at avlastningstiltak må til for å holde ut over tid og ivareta pleie- og omsorgsoppgavene på en forsvarlig måte. Aktiviteter som anses selvfølgelig for folk flest, kan for denne gruppen være en umulighet uten forsvarlige helse- og sosialtjenester. Hjelpetiltak andre ikke tenker på eller vil trenge kan være helt nødvendig for å sikre et verdig liv og en mer balansert situasjon sammen med pårørende.

Raske tiltak, kortvarig og skippertakspreget innsats er ikke tilstrekkelig; hjelpen må være omfattende og faglig forsvarlig over lang tid.

Skal tjenestetilbudet være faglig forsvarlig for personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester, er det en forutsetning at det ligger en grundig utredning og vurdering av den enkeltes behov til grunn for tildeling av tjenester. Skal den individuelle tilpassningen av tjenestetilbudet være reell, er brukermedvirkning en grunnleggende forutsetning. Utredningen skal være innrettet slik at brukeren eller pårørende får delta og komme med innspill og ønsker både når tjenestebehov skal beskrives og når tjenestetilbudet skal utformes. Brukermedvirkning er et aspekt ved forsvarlig tjenesteyting. Selv om tjenesteyter, i dette tilfellet de kommunale helse- og sosialtjenestene, kan velge hjelpeform, står kravet om brukermedvirkning sentralt i sosial- og helselovgivningen. Dette innebærer at tjenesteyter må anstrenge seg for å finne individuelle løsninger i samarbeid med tjenestemottaker. Videre er det avgjørende at tjenestetilbudet systematisk blir evaluert og at endringer i behov blir fanget opp og formidlet slik at tjenestetilbudet kan justeres.

For di denne gruppen tjenestemottakere ofte får bistand fra mange ulike deltjenester og fra mange forskjellige tjenesteytere, kan det være

en fare for at tjenestemottakerne opplever tjenestetilbudet som fragmentert, at samarbeid og koordinering mellom ulike aktører er tilfeldig og at muligheten for brukermedvirkning er begrenset. At tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert i forhold til disse tjenestemottakerne, er som oftest en forutsetning for at det skal være faglig forsvarlig.

2.2 Risiko for svikt i kommunale helse- og sosialtjenester til personer med langvarige og sammensatte behov

I forberedelsen av dette landsomfattende tilsynet, har Statens helsetilsyn gjennomgått både egne tilsynserfaringer og andre kunnskapskilder med tanke på å identifisere sårbare områder og vurdere risiko for svikt i tjenestetilbudet til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. Dette for å meisle ut hvilke forhold tilsynet særlig burde rette oppmerksomheten mot. Det følgende er en kort gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget.

Et høyt antall tjenestemottakere med et mangfold av helsemessige og sosiale behov kan i seg selv by på styringsutfordringer for den kommunale helse- og sosialtjenesten. Alle tjenestemottakere har, avhengig av alder, kjønn, boligsituasjon og årsak til hjelpebehov, rett til individuelt tilpassede tjenester, og kommunens ledelse har *ansvar for at tjenestetilbudet er tilpasset den enkelte og faglig forsvarlig*.

Helsetilsynets nasjonale undersøkelse av tjenestemottakeres behov og tjenestetilbud fra 2003 (1), viste at tjenestetilbudet til alle tjenestemottakere under 67 år oftere ble vurdert som mer utilstrekkelig med hensyn til omfang, enn tilbudet til andre grupper. I hovedsak så det ut til å henge sammen med at de har andre medisinske og helsemessige behov og bor andre steder enn tjenestemottakere over 67 år. Medfødte funksjonshemninger, skader, multippel sklerose og rusmiddelmisbruk var oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år. De bodde også oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard og i sitt eget opprinnelige hjem.

En studie fra svensk eldreomsorg (2) har vist at et stadig mer standardisert tjenestetilbud styrer utformingen av tjenestene til den enkelte tjenestemottaker. Enkelte tilsynserfaringer fra pleie- og omsorgstjenesten tyder på at dette ikke er et utviklingstrekk som gjelder bare i Sverige, og heller ikke

bare i forhold til eldre. Dette dreier seg trolig om et trekk ved tjenestene som har betydning for alle som søker om, og mottar kommunale helse- og sosialtjenester.

Flere forskningsstudier (3, 4, 5) har pekt på at de kommunale helse- og sosialtjenestene mangler fleksibilitet i møte med yngre funksjonshemmede. Forutsigbarhet og fleksibilitet i tjenestetilbudet er en forutsetning for at mennesker med funksjonshemninger skal kunne delta i samfunnslivet, få utdanning, arbeid og ha en aktiv fritid. Tradisjonelle hjemmetjenester har vist seg ikke å ivareta disse hensynene på en god nok måte. Blant annet synes det som om mangel på kontinuitet i personalet skaper belastende situasjoner der den som skal motta hjelp, stadig må instruere og lære opp nye og ukjente hjelpere.

På bakgrunn av tilsyn synes også *samhandling og koordinering mellom ulike instanser og aktører i sosial- og helsetjenesten* å være et sårbart område. Koordinering og systematisk tverrfaglig samhandling er i mange tilfeller nødvendig for å sikre forsvarlig tjenesteyting til brukergrupper med sammensatte behov.

Tilsynserfaringer viser videre at sårbarheten fortsatt synes å være betydelig når det gjelder *systematisk styring og ledelse av virksomheten*. Funn og erfaringer fra tilsyn viser at mange kommuner kan dokumentere at de arbeider jevnt og trutt med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring av virksomheten; det er tilsynsmyndigheten godt fornøyd med. Det gjenstår imidlertid arbeid i de fleste kommunene knyttet til å omsette det planlagte i praksis, og til å gjøre styringssløfene kjent for medarbeiderne.

2.3 Hva vi har undersøkt

Helsetilsynet har i dette tilsynet undersøkt hvordan kommunene planlegger, iverksetter, følger opp og korrigerer tjenestetilbudet til personer med sammensatte og langvarige behov for kommunale helse- og sosialtjenester. Oppmerksomheten har vært rettet mot kommunenes systematiske styring for å sikre at tilnærmingen til tjenestemottakerne blir helhetlig og koordinert gjennom alle faser i tjenesteforløpet, og dermed sikrer at tjenestemottakerne får forsvarlige tjenester i samsvar med myndighetskravene.

Gjennom lover og forskrifter har lovgiver over tid bygd opp et sett av myndighetskrav som har som formål å sikre et forsvarlig tje-

nestetilbud til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. *Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven* er sammen med pasientrettighetsloven bærebjelkene for kommunens tjenesteutøvelse og for fastsetting av befolkningens og brukernes rett til tjenester. Helsepersonelloven er også viktig i denne sammenhengen i det den fastsetter helsepersonells plikter og rettigheter. Både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at innbyggernes behov for nødvendige helse- og sosialtjenester dekkes på en forsvarlig måte. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 omhandler hvilke oppgaver kommunene skal løse; for dette tilsynet er det særlig aktuelt å merke seg at kommunene skal sørge av allemennlegetjenester, som blant annet omfatter fastlegeordningen, fysioterapitjenester og hjemmesykepleie. Sosialtjenesteloven § 4-3 gir den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller den som er helt avhengig av praktisk og personlig hjelp til dagliglivets gjøremål, rett til hjelp etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a til d. Denne bestemmelsen pålegger kommunene blant annet å sørge for tjenester som praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, avlastningstiltak og til støttekontakt; mens §4-2 bokstav e pålegger kommunene å yte omsorgslønn. Både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven pålegger kommunene å gi den som søker eller trenger hjelp, informasjon om hvilke rettigheter vedkommende har og om hvilke tjenester kommunen har.

Med hjemmel i lovene er det fastsatt forskrifter som presiserer og utdyper tjenestemottakernes rettigheter og kommunenes plikter. *Forskrift om individuell plan* er felles for helse- og sosialtjenesten og angir nærmere krav til arbeidet med og innholdet i individuell plan. Sosialtjenestelovens § 4-3a gir tjenestemottakere rett til å få utarbeidet individuell plan når vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester. På samme måte framgår det av kommunehelsetjenestelovens § 6-2a at kommunehelsetjenesten skal utarbeide slik plan når behov foreligger. Også pasientrettighetsloven § 2-5 gir pasienter rett til individuell plan. Formålet med individuell plan er å sikre tjenestemottakerne et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud ut fra den enkeltes mål, ressurser og behov, og å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og -mottaker, og mellom involverte tjenesteytere.

På samme måte har *Forskrift om habilitering og rehabilitering* blant annet som formål at

tjenestene tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig. Rett til brukemedvirkning blir presisert også i denne forskriften. I følge habiliterings-/rehabiliteringsforskriften skal kommunen ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Denne koordineringsfunksjonen skal legge til rette for at tjenestene som tilbys er synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene har som formål å sikre at personer får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Det er verdt å merke seg at forskriften definerer mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, som grunnleggende behov som skal ivaretas på lik linje med personlig hygiene, hjelp til mat og måltider, medisinsk undersøkelse og behandling.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten skal bidra til at virksomheter som omfattes av helse- og sosiallovgivningen, sikrer faglig forsvarlige tjenester gjennom systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

I dette tilsynet har vi forsøkt en tilnærming der enkeltbestemmelser og enkeltkrav er sett i sammenheng med de mer overordnede intensjonene i lovgivingen. I tråd med formålsbestemmelser i regelverket, er det undersøkt om kommunene gjennom sine helse- og sosialtjenester sikrer *brukermedvirkning, individualisering, koordinering og forsvarlig tjenesteyting*. Videre er det undersøkt om disse lovintensjonene eller perspektivene er rotfestet i styringssystemet gjennom hele tjenesteforløpet.

Nettopp fordi det her dreier seg om tjenestemottakere som er helt avhengig av omfattende tjenester over lang tid, kanskje livet ut, er tjenestene undersøkt gjennom ulike faser som representerer litt forskjellige utfordringer for kommunene:

- *Oppstartfasen:* hvordan kommunene håndterer nye henvendelser; planlegger, utreder, vurderer og beslutter ved tildealing av helse- og sosialtjenester.
- *Iverksettelsesfasen:* hvordan planer, beslutninger og vedtak omsettes til konkrete tjenester og tiltak.

- *Oppfølgingsfasen:* hvordan tjenestemottakerne blir fulgt opp og tjenester revurdert og justert.

Verken brukermedvirkning, individualisering, koordinering eller forsvarlig tjenesteyting er avgrensede temaer i tilsynet; dette er temaer som er nært knyttet til hverandre, og som til dels er overlappende. Heller ikke de tre fasene representerer avgrensede temaer. Kommunenes oppgaver innenfor de forskjellige fasene henger sammen. For eksempel kan svikt som avdekkes i oppstartfasen, ha konsekvenser både for iverksetting av tjenestene og senere for oppfølging og evaluering av tjenestebehov og -tilbud. Det kan variere for den enkelte bruker hvordan et tjenesteforløp starter opp; for eksempel kan det starte med et avgrenset behov for hjemmesykepleie og etter hvert som tiden går, kan endringer i funksjonsevne føre til at behovet for andre tjenester oppstår. For andre tjenestemottakere for eksempel personer som er hardt skadet etter en trafikkulykke, kan det være aktuelt at enkelttjenester iverksettes, mens behovet for andre tjenester blir utredet. Oppfølging av tjenestebehov og tjenestetilbud er en kontinuerlig prosess hvor utredning og vurdering av behov, planlegging, beslutning og iverksetting av endringer i tjenestetilbudet går igjen for å sikre riktige tjenester i rett omfang til rett tid.

Fordi oppmerksomheten i dette tilsynet hovedsakelig har vært rettet mot overordnede intensjoner i lovverket, og fordi fasene vi har undersøkt griper over i hverandre, har tilsynsmyndighetene i det enkelte fylke hatt frihet til å konsentrere tilsynet om områder de, med utgangspunkt i sin lokale kunnskap, mener har særlig relevans i den aktuelle kommunen. Det betyr at tilsynsmyndighetene i dette tilsynet ikke gjennomgående har sjekket klart avgrensede tema eller detaljkrav i alle de 60 kommunene, men har tatt tak i vesentlige spor som er grunnleggende og gjennomgripende.

3 Metode

3.1 Systemrevisjoner

Dette landsomfattende tilsynet er gjennomført som systemrevisjoner. Systemrevisjon som tilsynsmetode, tar utgangspunkt i at helse- og sosialtjenesten har plikt til å styre sin virksomhet (ha internkontroll) slik at brukerne får de tjenester som er fastsatt i lov og forskrift. Tilsynsmyndighetene undersøker altså om krav i helse- og sosiallovgivningen etterleves, og om de som er ansvarlige for tjenestene, styrer slik at lovkrav, for eksempel kravet til forsvarlige tjenester, etterleves hele tiden.

Under systemrevisjonen innhenter Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene opplysninger fra flere kilder for å beskrive praksis og faktiske forhold ved virksomheten. Kildene er interne dokumenter om styring og resultater, intervjuer med ledere og ansatte og ofte en stikkprøve eller befaringsobservasjon av faktiske forhold. Etter at Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har klarlagt hvordan forhold/praksis i den aktuelle virksomheten er, vurderes dette opp mot myndighetskravene for de områdene som revisjonen gjelder for.

Etter hvert tilsyn skrives en rapport om eventuelle forhold som ikke er i samsvar med kravene i lovgivningen (avvik), og om forhold som ikke er i strid med lovkrav, men som tilsynsmyndighetene i fylket ønsker å påpeke som mulighet for forbedring (merknad). Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene følger opp inntil virksomhetene har sørget for at forholdene er i samsvar med lovgivningen.

Kommunene som er omfattet av dette landsomfattende tilsynet, er blant annet valgt ut med utgangspunkt i Fylkesmennenes og

Helsetilsynet i fylkenes lokale kunnskap om den enkelte kommune/virksomhet og vurderinger av risiko for svikt. En slik risikobasert og strategisk utvalgsmetode innebærer per definisjon at vi finner mer svikt enn om utvalget av kommuner/virksomheter var gjort tilfeldig. Funnene gir dermed ikke et representativt bilde av forholdene på det aktuelle tjenesteområdet på landsbasis, men er en samlet framstilling av funn i de undersøkte kommunene på undersøkelsestidspunktet.

3.2 Analyse av revisjonsrapportene

Materialet som denne oppsummeringsrapporten bygger på, er de revisjonsrapportene Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har skrevet som tilbakemelding til den enkelte kommune, når systemrevisjonen er avsluttet. Den praktiske bearbeidelsen av det samlede materialet følger prinsipper og retningslinjer for tekstanalyse i kvalitativ forskning. Oppmerksomheten har vært rettet mot meningsinnholdet i tekstene og mot å identifisere temaer og mønstre som går igjen på tvers av rapportene. I analyseprosessen er sentrale og gjennomgående temaer valgt ut, kategorisert, forenklet, fortolket og til slutt sammenfattet. Vi har i analyseprosessen vært lojale mot det opprinnelige materialet, det vil si revisjonsrapportene. Særlig har den delen av revisjonsrapportene der Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene beskriver observasjonene de har lagt til grunn i sine vurderinger, vært sentrale i analysen og er tillagt stor vekt når vi har vurdert hvilke temaer som går igjen på tvers av revisjonsrapportene. Gjennom denne prosessen mener vi å ha dannet et bilde av hvilke hovedutfordringer kommunene har i forhold til de temaer vi har tatt opp i dette tilsynet.

4 Funn og vurderinger

Det er gjennomført tilsyn i 60 kommuner. I 48 av de 60 kommunene er det påpekt forhold ved virksomheten som er brudd på krav i lovgivningen, mens i 43 kommuner har tilsynsmyndighetene påpekt forhold der kommunene har mulighet for forbedring. 33 av de 60 kommunene har fått både avvik og merknader. To kommuner har verken fått avvik eller merknader.

4.1 Tjenester tilpasset den enkeltes behov

4.1.1 Utredning og vurdering av den enkeltes tjenestebehov

En grundig utredning og vurdering av den enkeltes behov legger grunnlaget for et tilpasset og forsvarlig tjenestetilbud. Tjenestemottakeren selv og/eller pårørende skal få mulighet til å delta i utredningsprosessen og komme med innspill og ønsker; på den måten gir utredningen et mer komplett bilde av tjenestemottakerens behov og livssituasjon. Brukermedvirkning er derfor et aspekt ved forsvarlige tjenester. For den gruppen av tjenestemottakere som det aktuelle tilsynet har vært rettet mot, er det dessuten avgjørende at utredningen er helhetlig og koordinert; det vil si at de ulike deltjenestene sammen, og ikke hver for seg eller ved siden av hverandre, vurderer, utreder og planlegger tjenestetilbudet. Dette er forhold som er undersøkt i tilsynet.

Funn fra 21 av 60 kommuner viser at utredningen av tjenestebehovet og planleggingen av tjenestetilbudet er fragmentert og lite koordinert i forhold til tjenestebrukere med sammensatte og langvarige behov for tjenester. De 21 kommunene sikrer ikke at deltjenestene sammen og i samarbeid med

tjenestemottakerne, gjør en grundig utredning og dermed legger det grunnlaget som er nødvendig for å etablere et forsvarlig tilbud slik lovgivningen krever. Observasjoner fra tilsynet viser at flere av de 21 virksomhetene ikke sørger for at lege og fysioterapeut rutinemessig og systematisk blir involvert i vurderingen av tjenestemottakernes behov. Følgende er eksempler på observasjoner tilsynsmyndighetene har gjort:

Eksempel 1: ” *Det fremkommer at henvendelser om tjenester rettes direkte til aktuell deltjeneste. Det foreligger ikke en struktur for videre samordning der dette er nødvendig. Deler av dette ivaretas likevel ved nærhet i tjenesteapparatet og uformell kontakt.* ”

Eksempel 2: ”- *Kartlegging av tjenestebehov foretas i all hovedsak av hjemmetjenesten ved sykepleier. Dersom sykepleier i samarbeid med bruker vurderer behov for andre deltjenester, eksempelvis fysioterapi, ergoterapi eller psykiatrisk sykepleier, tar sykepleier direkte kontakt med disse deltjenester. Denne kontakten er ikke formalisert og fremkommer ikke i gjennomgått dokumentasjon. Noen ganger blir det tatt direkte kontakt med ulike deltjenester, eksempelvis fra sykehus, uten at dette går gjennom hjemmetjenestene.*

- *Det er ingen struktur for koordinering av de ulike deltjenestene i utredningen av tjenestebehov. Sykepleier foretar innstilling til vedtak på hjemmesykepleie og hjemmehjelp som gis til enhetsleder for hjemmebaserte tjenester. Enhetsleder fattar i hovedsak vedtak i samsvar med innstilling.* ”

Eksempel 3: ” - Det er ikke fremlagt dokumentasjon som viser at det er etablert prosesser for koordinert behovskartlegging utover praktisk bistand/opp- læring og hjemmesykepleie.

- Det bekreftes av intervjuer at behovet for bl.a fysio-/ergo og støttekontakttjeneste utredes selvstendig og uavhengig av de øvrige helse- og sosialtjenestene.

- Det fremgår ikke av fremlagt dokumentasjon at samhandling mellom de ulike tjenesteyterne som eventuelt har funnet sted under utredningen, faktisk kommer til uttrykk i de beslutningene som tas.”

Statens helsetilsyn ser det som svært alvorlig at mange kommuner ikke sikrer en tverrfaglig utredning og vurdering i forhold til tjenestemottakere med sammensatte helsemessige og sosiale behov; dette er en praksis som er i strid med forsvarlighetskravet i helse- og sosiallovgivningen.

I flere av de 21 kommunene har tilsynet avdekket dokumentasjonspraksis som er i strid med myndighetskravene, både når det gjelder sykepleiefaglig utredning og vurdering av den enkeltes behov og når det gjelder planlegging og iverksetting av hjemmesykepleie. Følgende er observasjoner som kan illustrere dette:

”- Sjukepleiar gjennomfører heimebesøk hjå søkjar/tenestemottakar for å vurdere behovet for heimesjukepleie. Det blir ikkje nytta faste prosedyrar eller rutinar for korleis kartlegging av funksjonsnivået skal gjerast.

- Resultatet av kartlegginga og vurdering av behov for sjukepleie blir ikkje systematisk dokumentert. Slike opplysningar var ikkje å finne i det elektroniske pasientjournalssystemet (Unique Omsorg) eller i dei papirbaserte journalmappene.”

Tilsynsmyndighetene har også funnet mangelfull dokumentasjonspraksis knyttet til tildeling av praktisk bistand. Det er dermed usikkert om de tiltakene som blir iverksatt fra disse deltjenestene, har et faglig innhold og er innrettet slik at tjenestemottakerne får et forsvarlig tjenestetilbud.

Utredningen og vurderingen av den enkeltes tjenestebehov er nærmest å regne som en ”inngangsbillett” til kommunenes helse- og sosialtjenester. I denne utredningsprosessen defineres grunnlaget for hvilke tjenester som

skal iverksettes og hvilket innhold de skal ha; det blir gjort vurderinger av hva brukeren kan gjøre selv og hva de ulike kommunale tjenestene skal yte. Svikt i denne prosessen kan medføre at de konkrete tjenestene og tiltakene ikke blir tilpasset den enkeltes behov, noe som kan resultere i praksis som er i strid med kravet om forsvarlige tjenester.

Vi har tidligere understreket de krav lov og forskrift stiller til brukermedvirkning i forbindelse med utredning og vurdering av behov for tjenester og planlegging av tjenestetilbudet. Tjenesteyter, i dette tilfellet de kommunale helse- og sosialtjenestene, kan velge hjelpeform, men i sosialtjenesteloven § 8-4 heter det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med tjenestemottaker og at tjenesteyter må anstrenge seg for å finne en individuelt tilpasset løsning. På samme måte gir pasientrettighetsloven § 3-1 tjenestemottaker rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Også forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven fastslår tjenestemottakernes rett til brukermedvirkning.

Hvordan kommunene ivaretar brukermedvirkning, både i det konkrete møtet mellom den enkelte tjenestemottaker og tjenesteyter og på systemnivå, er forhold det er vanskelig å undersøke på en fyldestgjørende måte. For å få et nyansert bilde ville det være nødvendig å snakke med tjenestemottakerne eller pårørende selv. Selv om det er knyttet en viss usikkerhet til om tilsynsmyndighetene har greid å undersøke brukermedvirkning på en god nok måte i dette tilsynet, gir observasjoner som er gjort, grunnlag for å reise spørsmål ved om brukermedvirkningen blir ivarettatt som forutsatt i lovgivningen. Følgende observasjoner kan være eksempler:

Eksempel 1: ”Ved gjennomgang av saksmappe framgjekk det ikkje kva tenester den enkelte sjølv ønskte.”

Eksempel 2: ”Det fremgår av saksbehandlingsrutinene som er utarbeidet i kommunen at det kun er omsorgssamtalen som dokumenterer brukermedvirkningen. I flere av de fremlagte omsorgssamtalene var rubrikken ”egne ønsker” ikke utfyllt. Det fremgår ikke av omsorgssamtalene hvorvidt de behov for tjenester som beskrives er tjenestemottakers egne ønsker eller kun saksbehandlers vurdering av behovet.”

En absolutt forutsetning for brukermedvirkning er at tjenestemottakerne er informert om hvilke rettigheter til tjenester lovgivningen gir, og at tjenestemottakerne også er informert om hvilke ulike tjenestetilbud kommunen har etablert. Overfor flere av de 21 kommunene har tilsynsmyndighetene ved å gi avvik påpekt at den informasjonsplikten helse- og sosiallovgivningen pålegger virksomhetene, ikke blir godt nok ivaretatt. Tilsynsmyndighetene har gitt flere kommuner merknad for samme forhold; det vil si at kommunene har mulighet for å forbedre informasjonsarbeidet sitt, både når det gjelder å informere tjenestesøkere og tjenestemottakere om rett til tjenester og om hvilke tjenester kommunen har. Statens helsetilsyn er bekymret for at tjenestemottakernes rett til å medvirke ikke ser ut til å bli ivaretatt slik lovgivningen forutsetter.

Blant de 21 kommunene har tilsynsmyndighetene funnet eksempler på kommuner som stiller vilkår for tildeling av praktisk bistand på en slik måte at det vanskelig kan sies at tjenestetilbudet blir tilpasset den enkeltes behov. Følgende er et eksempel på observasjoner tilsynsmyndighetene har gjort i denne sammenhengen:

” - Det fremgår av fremlagt dokumentasjon at tjenester som trappevask i borettslag, snømåking og innbæring av ved og/eller parafin ikke blir gitt av kommunen.

- Det fremgikk av fremlagt dokumentasjon at kommunen stiller vilkår om at dersom tjenestemottaker har innlagt strøm forventes det at vedkommende monterer panelovner eller lignende.”

Statens helsetilsyn vil påpeke at en slik praksis fra kommunenes side kan innebære at tjenestemottakernes reelle muligheter for å bo i eget opprinnelig hjem blir begrenset, når hjelpebehovet overstiger et visst omfang.

I dette kapitlet har vi hovedsakelig presentert funn som viser svikt på deltjenestnivå i utredningen av den enkeltes behov; dette er etter tilsynsmyndighetenes syn i seg selv alvorlig. Utredningen skal være tverrfaglig orientert og bygge på et helse- og sosialfaglig fundament, samtidig som den skal legge til rette for at tjenestemottakeren og/eller pårørende både får mulighet til å sette sine egne ord på hvilke behov hun/han har og til å komme med innspill til utformingen av tjenestetilbudet. Statens helsetilsyn legger til grunn at i forhold til

tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov vil svikt i en eller flere deltjenester, ha betydning for helheten i tjenestetilbudet.

4.1.2 Iverksetting av tjenester

Når utredningen av tjenestebehovet og planleggingen av tjenestetilbudet er fragmentert og i noen tilfeller uforsvarlig, legger tilsynsmyndighetene til grunn at det er en betydelig risiko for at heller ikke de konkrete tjenestene og tiltakene blir tilpasset den enkeltes behov.

Funn fra dette tilsynet støtter en slik vurdering. Igjen er det svikt i deltjenester i flere av kommunene som gir grunn til å mene at virksomhetene ikke gjør nok for å sikre forsvarlige tjenester til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov.

For mange av disse tjenestemottakerne kan støttekontakt være avgjørende for å bryte en isolert tilværelse og for å ha et meningsfullt liv i fellesskap med andre. Det er derfor bekymringsfullt at 12 av 60 kommuner ikke har et godt nok grep om støttekontakttjenesten.

Observasjoner som tilsynsmyndighetene har gjort, viser at det kan ta lang tid før støttekontakttjenesten blir iverksatt og at støttekontakttjenesten nærmest lever et eget liv utenfor det kommunale systemet for øvrig; det vil si at støttekontaktene i liten grad blir trukket inn i sammenhenger der den enkelte tjenestemottakers behov og ønsker blir drøftet, eller at de ikke får systematisk veiledning og opplæring i tilknytning til hvilket ansvar og hvilke oppgaver støttekontakten har. Følgende observasjon kan illustrere dette:

” Det kom fram i intervjuene at vedtak om støttekontakt blir ikke alltid effektivt. Det hender også at støttekontakten uteblir fra avtaler med tjenestemottakeren. Utover lønnsutbetaling til støttekontakter har kommunens ledelse ingen systematisk styring med innholdet i denne tjenesten og hvordan den blir utført. Intervjupersoner opplyste at det heller ikke foregår systematisk opplæring, veiledning eller annen oppfølging av støttekontakter.”

Riktignok viser observasjoner at kommunene har problemer med å rekruttere støttekontakter og at de dermed får problemer med å innfri myndighetskravene. Men observasjonene gir også grunnlag for å stille spørsmål ved om kommunene er tilstrekkelig proaktive når det gjelder å

iverksette rekrutteringstiltak og/eller å etablere kompensatoriske tiltak. Systematisk opplæring og veiledning har betydning for at et tjenestetilbud skal bli forsvarlig, også støttekontakttjenesten, og forskrift om internkontroll § 4 bokstav c) fastslår at virksomheten skal sørge for at "arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll". I mange tilfeller er støttekontaktene sosialt engasjerte, frivillige personer uten helse- og sosialfaglig bakgrunn. De kan få ansvar for tjenestemottakere med omfattende fysisk og/eller kognitiv funksjonssvikt som støttekontakten må kjenne til og forholde seg til på en hensiktsmessig måte. På denne bakgrunn mener Statens helsetilsyn at det er grunn til å reise spørsmål ved om kommunene sikrer at tjenestemottakerne får et forsvarlig tilbud som ivaretar den enkeltes behov for sosial kontakt, felleskap og deltagelse, slik blant annet kvalitetsforskriften forutsetter.

I følge Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a har kommunen plikt til å kunne tilby tjenestemottakerne praktisk bistand og opplæring organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Ordningen er blant annet etablert for å imøtekomme brukernes ønsker om å ha innflytelse på hvem de skal ha som hjelpere, hvilke arbeidsoppgaver helperne skal utføre og når hjelpen skal gis. Tilsynsmyndighetene har gjort funn som tyder på at det er en treghet i kommunene knyttet til å følge opp lovgivers krav og intensjoner knyttet til brukerstyrt personlig assistanse. Det dreier seg både om å informere den enkelte tjenestemottaker om retten til brukerstyrt assistanse som et alternativ til mer tradisjonelle hjemmehjelpstjenester, om å vurdere og tilby BPA og om å iverksette vedtak om tildeling av BPA. Følgende observasjoner illustrerer dette forholdet:

Eksempel 1: *"Verifikasjon i saksbehandlingsdokumenter viste at to søknader om brukerstyrt personlig assistanse førte til vedtak om hjemmesykepleie, uten at det forelå faglige begrunnelser for slike vedtak."*

Eksempel 2: *"XXX kommune v/ ReHabiliteringstjenesten har ikke iverksatt alle enkeltvedtak vedrørende støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse og avlastning."*

Eksempel 3: *"- Det informeres ikke aktivt om dette (red.ann. brukerstyrt personlig assistanse) tjenestetilbudet.*

- I kommunens søknadsskjema for pleie- og omsorgstjenester fremkommer det ikke spesifikt at det kan søkes om brukerstyrt personlig assistanse.

- Kommunen har så langt ikke innvilget dette tjenestetilbudet i enkeltsaker. Det forelå en nyere søknad om brukerstyrt personlig assistanse som ikke var ferdig behandlet."

I flere av kommunene som er omfattet av tilsynet, har tilsynsmyndighetene gjort funn i virksomhetene som indikerer at tjenestetilbudet mangler tilstrekkelig stabilitet og kontinuitet slik at det reelt sett kan sies å være tilrettelagt for og tilpasset til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. Det dreier seg om at ressursituasjonen står i fare for å være så styrende at tjenestetilbudet blir uforsvarlig; at virksomhetene i perioder med sykefravær og tidspress ikke kan imøtekomme individuelle behov, for eksempel at en tjenestemottaker må legge seg når det passer i tjenesteyters tidsskjema og ikke når vedkommende ønsker selv. Det dreier seg også om at virksomheten har innrettet driften slik at tjenestemottakerne stadig må forholde seg til nye og ukjente helpere og om at tjenestetilbudet bortfaller i ferieavvikling. Følgende observasjoner kan illustrere dette:

Eksempel 1: *"Det fremkom i intervju at det bl.a. pga. sykefravær og tidspress var vanskelig, i tilstrekkelig grad, å imøtekomme flere brukeres individuelle behov, for eksempel ved legging, morgenstell og medisintdeling."*

Eksempel 2: *"- Det ble bekreftet under intervjuer at flere tjenestemottakere ikke fikk innvilgede tjenester under ferieavvikling."*

Også andre funn støtter opp under tilsynsmyndighetenes usikkerhet i forhold til om tjenestene faktisk iverksettes og ytes i tråd med det som er planlagt og vedtatt; det dreier seg om observasjoner knyttet til virksomhetenes egne systemer for avviksrapportering. Følgende observasjon illustrerer dette forholdet med tydelighet:

"- Det fremgår av avviksrappporter fra ansatte i et omsorgsdistrikt at det første halvår 2005 ikke var gitt tjenester i henhold til vedtak på grunn av personalmangel i over 200 tilfeller.

- Det fremkom under intervjuer at tjenesten praktisk bistand og opplæring ikke blir gitt i tråd med vedtaket langt oftere enn det som avviksrapporteres."

Det er grunn til å være oppmerksom på at den gruppen tjenestemottakere det er snakk om i dette tilsynet, vil være særlig sårbare overfor ustabile forhold med manglende kontinuitet i tjenestetilbudet, uforutsigbarhet og utskifting av personell. Fordi de mottar flere tjenester over lang tid, vil de være mer utsatt for og merke svingninger i ressursituasjonen bedre enn tjenestemottakere som får tjenester i kortere tidsperioder eller i forbindelse med akutte situasjoner. Igjen finner Statens helsetilsyn grunn til å presisere at for disse tjenestemottakerne er behovet for helse- og sosialtjenester nært knyttet til muligheten for en meningsfull hverdag og deltagelse i samfunnslivet. Det kan dreie seg om å komme til avtalt tid til skole, arbeid og/eller til andre sosiale aktiviteter. Forutsigbarhet og fleksibilitet fra tjenesteyters side vil derfor være avgjørende for den enkeltes reelle mulighet for deltagelse og aktivitet.

4.1.3 Oppfølging gjennom systematisk evaluering av tjenestebehov og av tjenestetilbud

Hittil i rapporten har vi presentert funn som viser at de aller fleste av de 60 kommunene har et betydelig arbeid å gjøre for å sikre at de etterlever myndighetskravene som gjelder for utredning og vurdering av tjenestebehov, og for iverksetting av et stabilt tjenestetilbud som er tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon.

Systematisk oppfølging og evaluering av tjenestemottakernes behov og av tjenestetilbudet er også avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester over tid. Nærmere en tredjedel av kommunene i dette tilsynet sikrer ikke at det blir gjort systematiske evalueringer; verken av tjenestemottakernes helsemessige og sosiale behov eller av om tjenestetilbudet over tid fungerer optimalt og som forutsatt. Særlig er dette tydelig gjennom funn tilsynsmyndighetene har gjort i tilknytning til hjemmesykepleien i en del kommuner. Følgende eksempler på observasjoner kan illustrere dette forholdet:

Eksempel 1 - "Ved intervju fremkommer at dersom brukeren selv melder endrede behov eller tjenesteytere løpende ser slikt behov, blir dette tatt opp. Det finnes imidlertid ikke system for evaluering av tjenestebehov de enkelte brukere har på en systematisk måte.

- Tilsynet viser at kommunens internkontrollsystem ikke sikrer at nødvendig evaluering av tjenester og resultater blir ivare tatt."

Eksempel 2 - "Dei elektroniske pasientjournalane inneheld svært sparsame opplysningar om kva behov tenestemottakaren har, plan for pleia, for kva tiltak som er utførde og resultatet av tiltaka. Oppsettet i det elektroniske pasientjournalssystemet blir ikkje følgt. Til dømes var "Brukers tiltaksplan" berre registrert i 3 av 15 pasientjournalar. Ingen av desse tiltaksplanane var oppdatert. "Journalnotat" var skrevet svært sporadisk og gav ufullstendig bilete av situasjonen hos tenestemottakaren."

Statens helsetilsyn mener det er bekymringsfullt at kommunene ikke har en systematisk og planmessig tilnærming til evaluering og revurdering av tjenestebehov og tjenestetilbud. Tjenestemottakerne det dreier seg om her, er personer som har omfattende hjelpebehov gjennom et helt livsløp. De kan ha en kronisk sykdom med et progredierende forløp som går mer og mindre raskt og er mer og mindre merkbart, de kan ha varige funksjonshemninger etter skader. I en slik sammenheng er det ikke utenkelig at tjenesteytingen etter en tid kan gå over i en jevn tralt, en slags monotoni, der det tilsynelatende ikke skjer noen endring i tilstand og behov, noe som i seg selv kan innebære en økt risiko for svikt. Når hverdagen også er travel, er det fare for å overse det som ikke er åpenbart, men som allikevel kan være betydningsfullt. Ei heller er endringer i tjenestemottakernes behov forutsigbare. Dette er forhold som virksomhetene gjennom styringssystemet sitt må vurdere og gripe fatt i som ledd i det å sikre forsvarlige tjenester.

Funn som er gjort i dette tilsynet, viser at det er særlig noen forhold ved styringssystemene i kommunene som svikter i forhold til å sikre helhetlige, koordinerte tjenester til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. For det første har tilsynet gjort observasjoner som viser at medarbeidere i organisasjonen ikke kjen-

ner til de rutiner og prosedyrer som er etablert, og som skal sikre at det planlagte blir omsatt i praksis. Videre er det gjort observasjoner som viser at kommunene har utfordringer knyttet til systematisk opplæring av ansatte. Begge disse forholdene er avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester og er omfattet av internkontrollforskriftens bestemmelser. Derne viser observasjoner at flere av de undersøkte kommunene ikke har et system for avvikshåndtering som fungerer. Det vil si at når de etablerte og vedtatte rutinene ikke blir fulgt i praksis, blir ikke dette systematisk meldt til ledelsen som er ansvarlig for å rette opp forholdet. Følgende observasjoner illustrerer dette:

“- Flere intervjupersoner var ikke kjent med kommunens skjema for registrering av avvik. Dette gjaldt både nyansatte og medarbeidere som hadde vært ansatt lenge i kommunen, og det gjaldt så vel ledere som andre.

- Intervjupersoner på flere nivå i organisasjonen fortalte at avviksmeldinger sjeldent blir registrert på kommunens skjema.

- Det foregår sporadisk avviksregistrering i seksjoner som yter hjemmetjenester. Avvikene dreier seg oftest om feil håndtering av legemidler og blir vanligvis rettet opp i seksjonen. Det fremkom ikke opplysninger som viser at disse avviksmeldinger blir brukt systematisk for å forebygge avvik. Det er ikke fastsatt hvilke avvik som skal vidererapporteres, og hvordan avdelingsleder eller eventuelt helse- og sosialsjefen skal følge opp slike meldinger.”

Disse observasjonene peker på flere sentrale poenger ved betydningen av å ha et system for avvikshåndtering: at et system for melding av uønskede hendelser må være kjent for medarbeiderne, at det må være avklart hvilke type hendelser som skal meldes, og at det må være avklart hvordan ledelsen skal håndtere og følge opp meldingene. Uheldige hendelser er uunngåelige i en kompleks og omskiftelig hverdag som den kommunale helse- og sosialtjenesten. At både ledelsen og medarbeiderne erkjenner dette er en forutsetning for at kulturen i en organisasjon skal bli slik at medarbeiderne opplever det som trygt å melde fra når uheldige hendelser oppstår; det er også en forutsetning for at et system for avvikshåndtering skal bli et robust og nyttig verktøy i arbeidet med å

sikre at tjenestemottakerne får forsvarlige tjenester. Avvikshåndtering dreier seg i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendelser, og om å se uheldige hendelser som en mulighet for forbedring og et viktig element i evaluering av tjenestene på alle nivåer i en organisasjon.

4.2 Koordinerte tjenester

På bakgrunn av de funn som er presentert så langt, er det grunn til å stille spørsmål ved om tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov for tjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud *gjennom et helt tjenesteforløp*.

Loggivers intensjon med Forskrift om individuell plan er å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov sees i sammenheng og at det legges vekt på å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud; den er med andre ord orientert mot å sikre gode prosesser. Opplevelsen av et fragmentert tjenestetilbud uten samarbeid og koordinering mellom ulike aktører og manglende mulighet for brukermedvirkning ligger til grunn for etablering og forskriftsfesting av ordningen. Den er utformet for å ivareta de særlige utfordringer tjenestemottakere med langvarige og sammensatte tjenestebehov har i møte med kommunen og andre tjenesteytere. Tjenestemottakeren og eventuelt pårørende skal være sentrale deltakere i denne prosessen. Forskriften er kommet til ut fra en erkjennelse av at det regelverket som ivaretar tjenestemottakernes rettigheter på de enkelte tjenesteområdene, og de generelle bestemmelsene som er gitt om samarbeid og koordinering, har vist seg utilstrekkelig. Forskriften forsterker med andre ord de bestemmelsene som allerede er gitt gjennom helse- og sosiallovgivningen.

Tilsynet viser at kommunenes arbeid med individuell plan er i gang, men at kommunene ser ut til å mangle en overordnet plan og styring med arbeidet. I 18 av 60 kommuner har tilsynsmyndighetene funnet grunnlag for å konstatere at virksomhetenes arbeid med individuell plan ikke oppfyller lovkravene i forhold til den gruppen som er aktuelle i dette tilsynet. I ytterligere 32 kommuner påpeker tilsynsmyndighetene at virksomhetene har forbedringsmuligheter når det gjelder individuell plan. Observasjonene knyttet til både avvik og merknader viser samme tendens: at tjenestemottakere

ikke har en slik plan eller ikke har fått tilbud om det, ei heller blir rutinemessig informert om sin rett til individuell plan. I noen av kommunene er arbeidet med individuell plan i gang i forhold til enkelte grupper av tjenestemottakere, som for eksempel mennesker med psykiske lidelser, mennesker med psykisk utviklingshemning eller barn med funksjonshemninger. Noen kommuner har etablert rutiner for arbeidet, men rutinene er bare delvis kjent blant medarbeiderne og blir ikke fulgt slik styringssystemet legger opp til. I disse kommunene har tilsynsmyndighetene heller ikke funnet spor etter om forskriftens intensjoner blir ivare tatt på andre måter; det vil si om virksomhetene kan ha etablert samarbeidsformer som tilsvarer de prosessene individuell plan beskriver, og dermed sikrer en koordinert tilnærming og sammenheng i tjenestene uten at overskriften "individuell plan" er satt på arbeidet.

Også andre funn viser at kommunene ikke sikrer godt nok at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov for tjenester, får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud gjennom et helt tjenesteforløp. I 22 av 60 kommuner dreier dette seg om forhold som bryter med krav nedfelt i lov og forskrift. Mens i ytterligere 26 av 60 kommuner dreier det seg om at virksomhetene, slik tilsynsmyndighetene ser det, har muligheter for å forbedre sin praksis på dette området. Observasjoner som er knyttet både til avvik og merknad, forteller det samme: i alle disse kommunene kartlegger deltjenestene tjenestemottakernes behov hver for seg og ved siden av hverandre, og de respektive tjenestene setter i gang sine tiltak og følger opp disse uten at de sikrer systematisk kommunikasjon med hverandre og med tjenestemottakeren. Følgende er eksempler på observasjoner som illustrerer dette funnet:

Eksempel 1: " - Det ble opplyst at det er uavklart hvem som skal koordinere tjenestene til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov og at det er tilfeldig om koordinering blir ivare tatt. Videre at det er uklart hvem som kan peke ut koordinator for individuell plan. Det er også uklart hvem som kan ta initiativ til å opprette ansvarsgrupper eller på annen måte ivareta nødvendig koordinering i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenester til tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov.

- Det er ikke klare rutiner for informasjonsutveksling og samarbeid mellom ulike fagavdelinger, for eksempel mellom avdeling for psykisk helse og hjemmesykepleien. Det ble opplyst at samarbeidet er tilfeldig og personavhengig."

Eksempel 2 - " - Det fremkom i intervju at de ansatte gjorde fortløpende vurderinger av tjenestebehovet til brukerne, men det fremkom i liten grad i dokumentasjon at det var etablert noe fast system for koordinert behovskartlegging eller evaluering av tjenestene.

- Kardex inneholdt i liten grad beskrivelse av innhold i tjenester eller vurderinger av funksjonsnivå til den enkelte eller mål for tjenesteytingen."

Observasjoner fra tilsynet viser at en del tverrfaglig samarbeid og koordinering skjer ved uformell kontakt, men den rutinemessige og systematiske kommunikasjonen har det vært vanskelig for tilsynsmyndighetene å finne spor av i mange av kommunene som har vært omfattet av dette tilsynet. Følgende observasjon kan være et illustrerende eksempel:

"I intervjuet kom det fram at det er mykje uformell kontakt mellom dei ulike tenesteytarane, men at det er lite uformelle møteplassar utover eigne einingar. Den uformelle kontakten og samhandlinga blir i liten grad dokumentert. Det er også lite dokumentasjon for evaluering av tenestene."

Dermed kan det være en fare for at kontakten på tvers av faggrupper og tjenesteområder blir personavhengig, tilfeldig og skjønnspreget, og det kan være vanskelig å se for seg hvordan tilnærmingen til tjenestemottakerne blir helhetlig og koordinert. I en slik situasjon er det grunn til å anta at tjenestemottakeren selv blir den som må være drivkraft og koordinator mellom de ulike deltjenestene og sørge for informasjonsflyt og kommunikasjon. En slik praksis kan for mange tjenestemottakere være en ekstra byrde. Etter tilsynsmyndighetenes syn er det dessuten ikke en praksis som sikrer forsvarlige tjenester.

Forskrift om habilitering og rehabilitering stiller krav om at koordineringsfunksjonen for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakerne og for samarbeidspartnere. Funn viser at

det mange steder er uklart hvor i organisasjonen ansvaret for denne koordineringsfunksjonen er lagt, og at medarbeiderne ikke har kjennskap til hvilket ansvar en slik koordineringsfunksjon har eller hvor den er plassert i egen organisasjon.

5. Oppsummering og tilrådinger

Statens helsetilsyn mener at samlet sett gir funn fra dette landsomfattende tilsynet gode holdepunkter for å konkludere med at de fleste av kommunene som er undersøkt, ikke sikrer at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov får et forsvarlig tilbud om kommunale helse- og sosialtjenester. Tilsynsmyndigheten har avdekket svikt på flere nivåer og flere områder i kommunenes arbeid med å gi disse tjenestemottakerne et helhetlig, koordinert tjenestetilbud over tid.

Kravet om faglig forsvarlighet står sentralt i helse- og sosiallovgivningen. Rettighetsbestemmelsene i sosialtjenesteloven § 4-3 og kommunehelsetjenesteloven §2-1 setter krav til forsvarlig omfang og innhold i tjenestene. Helsepersonell er i helsepersonelloven § 4 pålagt å utøve arbeidet sitt i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull behandling, sett i forhold til hva det er rimelig å forvente ut fra faglige kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Samtidig pålegger helsepersonelloven § 16 virksomheter som yter helsetjenester, i denne sammenhengen kommunen, å legge til rette for at det enkelte helsepersonell kan oppfylle sine forsvarlighetsplikter. Faglig forsvarlighet er en rettslig standard, og vi har særlig fokusert på tre hovedelementer i forsvarlighetskravet: tjenestene må ha tilstrekkelig kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Tidsaspektet og ressursaspektet er nært knyttet til rammebetingelsene for tjenesteutøvelsen, og dermed for kvaliteten på tjenestene, og henger følgelig sammen med virksomhetsledelsens ansvar for å legge til rette for at personellet kan utøve arbeidet sitt på en faglig forsvarlig måte og for at kvaliteten på tjenestene holder mål. Også tjenester som er hjemlet i sosialtjenesteloven, som for eksempel praktisk bistand og støttekontakt, skal være av et slikt omfang og ha en slik kvalitet

at de ivaretar livsviktige behov uavhengig av kommunens økonomi. Dette ble slått fast i Fusa-dommen i 1990 og videreført i sosialtjenesteloven når den ble vedtatt i 1991 (6, 7, 8).

At kommunene ikke sikrer en tverrfaglig og koordinert utredning og vurdering av tjenestebehov sammen med brukeren og pårørende, er i seg selv svært alvorlig slik Statens helsetilsyn ser det. Utrednings- og vurderingsprosessen danner grunnlaget for iverksetting av konkrete forsvarlige tiltak og tjenester. Når tilsynsmyndighetene finner alvorlig svikt i så grunnleggende prosesser, gir det grunnlag for å anta at den faktiske tjenesteytingen er på grensen til å være uforsvarlig. Flere funn understøtter en slik antagelse: at tjenestemottakere må vente lenge før vedtak om støttekontakt blir iverksatt, og at det ikke blir satt inn midlertidige tiltak som sikrer at vedkommende får del i et sosialt fellesskap i påvente av støttekontakt. Også andre funn bidrar til å forsterke inntrykket: den generelle ressursituasjonen, tidspress, sykefravær og ferieavvikling som medfører at tjenestemottakeren ikke vet hvem som skal komme når for å hjelpe til med hva, er indiksjoner på at forsvarlighetsgrensen er på strekk når det gjelder tjenestetilbudet til den gruppen av tjenestemottakere det har vært snakk om i dette tilsynet.

Tilsynsmyndighetene har også gjort funn som viser at virksomhetene ikke bruker sine egne rapporterings- og avvikssystemer aktivt og systematisk for å evaluere og utvikle tjenestene. Kommunene er blitt vant til å styre virksomheten etter økonomiske parametere, men synes å være langt mindre systematiske når det gjelder å sikre faglig innhold og kvalitet i tjenestene; det samme gjelder i forhold til å inkludere og utnytte medarbeidernes, tjenestemottakernes og pårøren-

des erfaringer til å forbedre og utvikle virksomheten, slik internkontrollforskriften krever. Styringssystemene skal være verktøy for å sikre forsvarlige tjenester, og når tilsynsmyndighetene avdekker svikt i sentrale elementer i styringssystemet, gir det grunn til stor bekymring.

At kommunene ser ut til å mangle et godt grep om arbeidet med individuell plan, og at koordineringsfunksjonen ikke er tydelig plassert i mange av de 60 kommunene, tilsier også at kommunene har en lang vei å gå for å sikre helhetlige, koordinert tjenester til den aktuelle gruppen av tjenestemottakere. Dette tilsynet har med tydelighet vist at kommunene må intensivere arbeidet med å etablere strukturerte prosesser og arenaer for tverrfaglig samhandling og for strukturert samhandling med den enkelte tjenestemottaker i alle deler av tjenesteforløpet.

Individuell plan et konkret verktøy for å sikre at prosessene resulterer i et forsvarlig tjenestetilbud til tjenestemottakere med sammensatte helsemessige og sosiale behov. Forskrift om individuell plan og forskrift om habilitering og rehabilitering stiller i første rekke funksjonelle krav til helse- og sosialtjenestene. Selv om enkelte formuleringer i disse forskriftene kan gi inntrykk av at lovgiver vil gi anvisninger om hvordan dokumenter skal utformes og hvordan kommunen skal organisere enkelte deler av sin virksomhet, er intensjonen fra lovgivers side å sikre prosessene og innholdet i tjenestetilbudet. Forskriften kunne med fordel vært tydeligere i forhold til at det dreier seg som individuell planlegging som en kontinuerlig prosess over tid, men denne mulige uklarheten har neppe vært avgjørende for utfallet av tilsynet. Slik Statens helsetilsyn ser det i lys av dette tilsynet, kan det imidlertid være behov for å presisere og gjøre eksplisitt kravet om faglig forsvarlig virksomhet også etter sosialtjenesteloven.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten stiller først og fremst funksjonelle krav til virksomheter som yter helse- og sosialtjenester, ved å beskrive hvordan virksomhetene skal sikre og dokumentere at de etterlever myndighetskravene i helse- og sosiallovgivningen. I møte med tilsynsmyndighetene må kommunene kunne dokumentere at de innfrir internkontrollens funksjonskrav. Internkontroll dreier seg om å styre virksomheten slik at sosial- og helselovgivningens krav blir innfridd og følgelig at befolkningens rettigheter blir sikret i praksis. Internkontroll dreier seg også om at ledelsen

planlegger og har oversikt over virksomheten slik at uønskede situasjoner og hendelser ikke oppstår og retter opp forholdene dersom noe slikt oppstår. Det dreier seg om å styre virksomheten for ”å unngå å komme på hæla”, det vil si at ledelsen må identifisere sårbare punkter i egen virksomhet og arbeide for å redusere risiko for svikt i tjenestene både når det gjelder faglig innhold og omfang. Det dreier seg også om at ledelsen må ha oversikt over og kjenne befolkningens og tjenestemottakernes behov både på kort og lang sikt. Systematisk styring og ledelse er dessuten grunnleggende forutsetninger for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid. Utvikling av gode styringssystemer er en type arbeid det ikke er mulig å si seg ferdig med; snarere dreier dette seg om kontinuerlig forbedring av styrings- og arbeidsprosesser, noe ledelsen til enhver tid må ha oppmerksomhet mot.

Statlige myndigheter har gjennom ulike virkemidler som lovgivning, handlingsplaner, veiledningsmaterieell, styringssystemer og økonomiske incentiver, forsøkt å sikre forsvarlige helse- og sosialtjenester for tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. Avtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene som ble inngått i 2003 mellom daværende regjering og Kommunenes Sentralforbund, har iverksatt prosesser som blant annet har rettet oppmerksomheten mot styrings- og ledelsesfunksjoner i sektoren. Videre har Sosial- og helsedirektoratet utgitt veilederen ”Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten” for å stimulere virksomhetene til å arbeide med systematisk styring og kontinuerlig forbedring. Sosial- og helsedirektoratet har også utgitt en veileder til forskrift om individuell plan. De funn som er gjort i dette tilsynet, tyder på at mye arbeid gjenstår. ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...Og bedre skal det bli (2005-2025)” har forbedring av organisasjon og ledelse som et av sine satsingsområder. Statens helsetilsyn mener at funn og erfaringer fra tilsynet er relevante innspill til den delen av strategien som retter seg mot kommunen.

Statens helsetilsyn er inneforstått med at ressursituasjonen er vanskelig i den sektoren som tilsynsmyndighetene har undersøkt og at det kan ha betydning i forhold til de funn som er gjort. Den svikten som er avdekket er nært knyttet til kommunenes evne til å styre virksomheten; det vil si styre sine tilgjengelige faglige og økonomiske ressurser slik at tjenestemottakerne får forsvarlige

tjenester tilpasset sine behov. Slik Statens helsetilsyn vurderer det, vil derfor ikke økt ressurstilgang alene løse de problemene den aktuelle gruppen av tjenestemottakere opplever i møte med det kommunale tjenesteapparatet.

Samhandling har betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet og for tjenestemottakerens opplevelse av tjenestetilbudet, og for at tjenestene samlet sett møter den enkeltes behov. Statens helsetilsyn ser derfor særlig alvorlig på de funn som er avdekket i dette tilsynet og kan ikke akseptere at det fortsetter som nå: at tjenestemottakeren selv må være drivkraft og kordinator mellom de ulike tjenestene, og selv må ha totaloversikten over tjenestetilbudet. De kommunale utfordringene dreier seg etter tilsynsmyndighetenes oppfatning primært om å bryte med tradisjonelle arbeidsformer og etablere ny og systematisk samhandlingspraksis på tvers av tjeneste- og fagområder.

Litteratur

1. Statens helsetilsyn. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn; 2003.
2. Nordstrøm M, Dunér A. Bevilja och ta emot hjälp. Om biståndsbedömare och äldre i kommunal äldreomsorg. Rapport 5:2003. Göteborg: FoU i Väst; 2003.
3. Lillestø B. Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten. Rapport 22/98. Bodø: Nordlandsforskning; 1998.
4. Grue L. Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår. NOVA-rapport 1/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2001.
5. Woll H. Å bli gammel med cerebral parese. En kvalitativ studie av aldring og mestring. HiO-rapport 12/2003. Oslo: Høgskolen i Oslo; 2003.
6. NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.
7. Halvorsen M. Rettslig grunnlag for medisinsk behandling. Bergen: Fagbokforlaget; 1998.
8. Kjønstad A. og Syse A. Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter. Rettssikkerhet. Tvang. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2005.

Bihtáid miel bálvalusfálaldat?

Jagi 2005 riikkaviidosaš geahčču suohkanlaš dearvvašvuoda- ja sosiálabálvalusaid hárrái, badjel 18 jagi rávisolbmuide, geain leat bastevaš ja mánggabealat dárbbut, ja geat eai oro institušuvnnain.

Dearvvašvuodageahču raportta 3/2006 čoahkkáigeassu

Stáhta dearvvašvuodageahču čadahii 2005.s riikkaviidosaš geahču mas iskojuvvui movt 60 Norgga suohkana systemáhtalaš stivrejumi bokte sihkkarastet olbmuide, geain leat bastevaš ja mánggabealat deavvašvuoda- ja sosiála bálvalusdárbbut, ollislaš ja oktiiheivehuvvon fálaldaga buot bálvalusdoaimma dásiin, ja nu sihkkarastet ahte bálvalusaid vuostáiváldit ožžot dohkálaš bálvalusaid eiseválddiid gáibádusaid mielde.

Gávnaheamit geahču olis čájehit ahte suohkanat eai leat ásahan nanu stivrenguogádagaid maid sihkkarastet ahte oassebálvalusat oktiibuot ja ovttasráđiid bálvalusa vuostáiváldiin, ja bealuštahti čielggademiin leat vuodđun addit dohkálaš fálaldaga láchkamearrádusaid mielde. Dearvvašvuodageahču atná duodalažžan ahte suohkanat eai sihkkaraste fágaidrasttideaddji árvoštallama ja čielggadeami daid dárbbuid hárrái mat leat olbmui geain leat bastevaš ja mánggabealat dearvvašlaš ja sosiála dárbbut.

Jus okta dahje eanet oassebálvalusat leat váilevaččat, de váikkuha dat bálvalusfálaldaga ollisvuoda ja sáhtta nu dagahit ahte bálvalusfálaldat ii leat bealuštahti. Go bálvalusdárbbu čielggadeapmi ja bálvalusfálaldaga plánen lea bihtáid mielde (fragmenterejuvnon), ja muhtin dáfus sáhtta leat dohkketmeahtun, de lea ágga navdit ahte eai konkrehta bálvalusat ja doaimmat ge lágiduvvo ja heivehuvvo doarvái bures. Dalle ii sáhte dan ge jáhkkit ahte čuovvoleapmi ja bálvalusdárbbu evalueren ge leat doarvái systemáhtálaččat. Dán geahču gávnaheamit leat diekkár navdimiid vuodđun.

Fragmentary and Divided Services?

Summary of countrywide supervision of municipal health and social services for adults over 18 years of age with complex and long-term needs for services

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 3/2006

In 2005 the Norwegian Board of Health in the Counties carried out country-wide supervision in 60 Norwegian municipalities. The aim of supervision was to examine how municipalities, through systematic management, ensure that people with complex and long-term needs for health and social services receive comprehensive and coordinated care during all stages of their treatment and care, and thus ensure that clients receive adequate services that are in line with statutory requirements.

The results of supervision show that the municipalities have not established management structures that are robust enough to ensure that service sectors, together and in cooperation with clients, carry out an adequate investigation of clients' needs. Such an investigation is necessary in order to plan service provision that fulfils the requirements laid down in the legislation.

In the opinion of the Norwegian Board of Health, it is a serious situation that municipalities do not ensure that a multidisciplinary assessment and investigation is carried out for clients who have complex health care and social needs. Deficiencies in one or several service sectors influence the comprehensiveness of the services that are offered and whether the services are in line with statutory requirements. When assessment of service needs is inadequate, and when planning of service provision is fragmentary and in some cases inadequate, then the services offered may not be adequately organized and adapted to meet the needs of individual clients. The results of supervision give reason to believe that follow-up and evaluation of service needs and service supply may not be not systematic.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 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, flyktinger 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

8/2005 Ulike fylke, ulike tannhelsetenestetilbud? Tilbudet fra Den offentlige tannhelsetenesta til dei prioriterte gruppene, oversyn over bemanningssituasjonen og oppsummering av rapporteringa frå Helsetilsynet i fylka

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

Utgivelser 2006

1/2006 Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage-tarmkanalen i 2005

2/2006 Rettssikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

3/2006 Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester.

4/2006 Bruk av tvang i psykisk helsevern

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkeltsaker). Serien ble etablert i 2005 og finnes på www.helsetilsynet.no. Der kan det også tegnes abonnement. Temaer i hittil utkomne numre:

- 1/2005 Behandling med vanedannende legemidler
- 2/2005 Feilbehandling o.a.
- 3/2005 Taushetsplikt
- 4/2005 Helsetilsynets reaksjoner i tilsynssaker mot helsepersonell

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helse-tjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2006

Et stykkevis og delt tjenestetilbud?

Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov som bor utenfor institusjon.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2005 et landsomfattende tilsyn som undersøkte hvordan 60 norske kommuner gjennom systematisk styring sikrer at personer med sammensatte og langvarige behov for helse- og sosialtjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i alle faser i et tjenesteforløp, og dermed sikrer at tjenestemottakerne får forsvarlige tjenester i samsvar med myndighetskravene.

Funn fra tilsynet viser at kommunene ikke har etablert robuste styringsstrukturer som sikrer at deltjenestene sammen og i samarbeid med tjenestemottakeren, gjør en forsvarlig utredning og dermed legger det grunnlaget som er nødvendig for å etablere et forsvarlig tilbud slik lovgivningen krever. Helsetilsynet ser det som alvorlig at kommunene ikke sikrer en tverrfaglig vurdering og utredning av tjenestemottakere som har sammensatte helsemessige og sosiale behov. Svikt i en eller flere deltjenester vil påvirke helheten i tjenestetilbudet og kan dermed ha betydning for om tjenestetilbudet er forsvarlig. Når utredningen av tjenestebehovet og planleggingen av tjenestetilbudet er fragmentert, og i noen tilfeller kan karakteriseres som uforsvarlig, er det rimelig å anta at heller ikke de konkrete tjenestene og tiltakene blir tilstrekkelig tilrettelagt og tilpasset; det er heller ikke grunn til å tro at oppfølgingen og evalueringen av tjenestebehov og tjenestetilbud er tilstrekkelig systematisk. Funn fra dette tilsynet støtter slike antagelser.