

Krevende oppgaver med svak styring

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 5/2011

MARS
2011



Rapport fra Helsetilsynet 5/2011
Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

Mars 2011

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-90919-38-7 (elektronisk)
ISBN: 978-82-90919-39-4 (trykt)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Illustrasjoner: Inger Sandved Anfinsen, Kobolt Design
Trykt og elektronisk versjon: 07 Xpress 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

Innholdsoversikt

Sammendrag	7
Del I: Bakgrunnen for tilsyn med kommunens sosial- og helsetjenester til eldre	11
1 Hvorfor en satsing på tilsyn med tjenester til eldre?.....	12
2 Tilsynets metoder og denne rapportens materiale	14
Del II: De enkelte tilsynstema – funn og vurderinger	17
3 Hjemmetjenestens og fastlegens ivaretagelse av eldre med demenssykdom	18
4 Kommunens legemiddelhåndtering og fastlegenes legemiddelbehandling	25
5 Forebygging og behandling av underernæring	31
6 Rehabiliteringstilbud i sykehjem	35
7 Kommunens saksbehandling av søknader om avlastning	38
8 Uanmeldte tilsyn med ”låste dører i sykehjem”	43
9 Samlet vurdering fra Statens helsetilsyn	46
Del III: Appendiks	49
Vedlegg 1: Metodemangfold i kommunetilsynet innenfor satsingen på tilsyn med tjenester til eldre	50
Vedlegg 2: Aktuelt regelverk ved tilsynet	53
Vedlegg 3: Litteraturliste	58
Čoahkkáigeassu	59
English summary	60

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	7
Del I: Bakgrunnen for tilsyn med kommunens sosial- og helsetjenester til eldre	11
1 Hvorfor en satsing på tilsyn med tjenester til eldre?	12
1.1 Tjenester til eldre – fare for svikt i hele tjenestekjeden	12
1.2 Et flerårig tilsyn med oppstart i kommunene	13
2 Tilsynets metoder og denne rapportens materiale	14
2.1 Felles grunnprinsipper – flere tilsynsmetoder	14
2.2 Hvilke tjenestetilbud førte vi tilsyn med	14
2.3 Rapportens materiale og hvordan den er utarbeidet	16
Del II: De enkelte tilsynsystema – funn og vurderinger	17
3 Hjemmetjenestens og fastlegens ivaretagelse av eldre med demenssykdom	18
3.1 Hva undersøkte tilsynet hos hjemmetjenesten?	18
3.2 Hva undersøkte tilsynet hos fastlegene?	19
3.3 Funn fra tilsynet med hjemmetjenesten: Mye er overlatt til den enkelte ansatte	21
3.3.1 Kjent og innarbeidet praksis er mangelvare	21
3.3.2 Mangelfull opplæring og organisering	22
3.3.3 Dokumentasjon – mangelfull og spredd på ulike steder	22
3.3.4 Risikovurdering og læring av egne feil forsømmes	23
3.3.5 Samarbeidet med fastleger var lite strukturert	23
3.4 Funn fra tilsyn med fastlegene: Mangler ved utredning og oppfølging hos noen leger	23
3.5 Statens helsetilsyns vurdering	24
4 Kommunens legemiddelhåndtering og fastlegenes legemiddelbehandling	25
4.1 Eldre bruker mange legemidler – det krever årvåkenhet hos hjelperne	25
4.2 Hva undersøkte tilsynet om hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering?	26
4.3 Sjølmeldingstilsyn: Hva undersøkte kommunene om sin egen praksis?	26
4.4 Hva undersøkte tilsynet hos fastlegene?	27
4.5 Funn fra tilsynet med kommunens legemiddelhåndtering	28
4.5.1 Uklarheter om lederansvaret og utpeking av faglig rådgiver	28
4.5.2 Ikke god nok opplæring	28
4.5.3 Mangel på prosedyrer og journalføring for å sikre god praksis	29

4.5.4 Ledelsen følger ikke godt nok med på hva som kan gå galt i legemiddelhåndteringen	29
4.5.5 Samarbeidet med fastlegene er i liten grad dokumentert	29
4.5.6 Kommunene fant at egen praksis avvok fra flere av kravene i regelverket	29
4.6 Hva ble funnet ved tilsynet med fastleger?	30
4.7 Statens helsetilsyns vurdering	30
5 Forebygging og behandling av underernæring	31
5.1 Hva undersøkte tilsynet om kommunens tiltak mot underernæring?	31
5.2 Funn fra tilsynet: Mangelfulle tiltakene mot underernæring	32
5.2.1 Etablert og kjent praksis manglet	32
5.2.2 Få tiltak for å sikre kompetanse om ernæring.....	32
5.2.3 Mangelfull dokumentasjon – og dokumentasjon spredd på ulike steder	33
5.2.4 Ikke alle vurderer risiko eller lærer av egne feil	33
5.3 Statens helsetilsyns vurdering.....	33
6 Rehabiliteringstilbud i sykehjem	35
6.1 Hva undersøkte tilsynet ved kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem?.....	35
6.2 Funn fra tilsynet: Lite tverrfaglighet i sykehjemmenes rehabilitering.....	36
6.3 Statens helsetilsyns vurdering.....	37
7 Kommunens saksbehandling av søknader om avlastning	38
7.1 Hva undersøkte tilsynet ved kommunenes saksbehandling?	38
7.2 Funn fra tilsynet: Mangelfull saksbehandling i kommunene.....	39
7.2.1 Pårørendes behov for avlastning ble ikke utredet	39
7.2.2 Sjablongmessige og standardiserte vurderinger.....	40
7.2.3 Mangelfulle vedtak og uklarheter om klagemuligheter	40
7.3 Statens helsetilsyns vurdering.....	41
8 Uanmeldte tilsyn med "låste dører i sykehjem"	43
8.1 Uanmeldt tilsyn som virkemiddel.....	43
8.2 Pasientrettighetslovens kapittel 4A om retten til å holde personer uten samtykkekompetanse tilbake i institusjon	43
8.3 Funn fra tilsynet: Låste dører og begrensninger i beboernes bevegelsesfrihet.....	44
8.4 Statens helsetilsyns vurdering.....	44
9 Samlet vurdering fra Statens helsetilsyn	46
9.1 Tilsyn for tryggere tjenester.....	46
9.2 Rettssikkerheten må ivaretas.....	46
9.3 Eldre må tilbys den hjelpen de har krav på	47
9.4 Tjenestene som tilbys må ha forsvarlig innhold og omfang	47
9.5 Tjenestene må styres – personellet må ikke overlates til seg selv	48
Del III: Appendiks	49
Vedlegg 1: Metodemangfold i kommunetilsynet innenfor satsingen på tilsyn med tjenester til eldre	50
Vedlegg 2: Aktuelt regelverk ved tilsynet	53
Vedlegg 3: Litteraturliste	58
Čoahkkáigeassu.....	59
English summary.....	60

Tabellregister

Tabell 1.	Tilsyn gjennomført av Helsetilsynet i fylket / Fylkesmannen i 2010 med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre.	15
Tabell 2.	Uanmeldte tilsyn gjennomført i 2010 som del av landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre.	15

Sammendrag

Statens helsetilsyn legger med dette fram en samlerapport med sammenstilling og analyse av funn fra landsomfattende tilsyn 2010 med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre. Tilsynet har omfattet flere kommunale tjenesteområder og tiltak av stor betydning for skrøpelige eldre med store og sammensatte hjelpebehov:

- identifisering, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom
- legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling
- forebygging og behandling av underernæring
- rehabilitering i sykehjem
- behandling av søknader om avlastning for pårørende

Tilsynet har omfattet tjenestetilbudet både i hjemmetjenestene, dvs. hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp mv.), sykehjem, enheter der søknader behandles og tilsyn med fastleger. Samarbeidet mellom ulike instanser, som for eksempel mellom hjemmesykepleien og fastlegene, inngikk også i flere av tilsynene.

Det ble i løpet av 2010 utført tilsyn i 342 virksomheter i 232 av landets kommuner og bydeler. I omlag 2/3 av tilsynene ble det konstatert at tjenestetilbudet ikke oppfylte de aktuelle lovkravene for området som ble undersøkt.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte uanmeldte tilsyn i 37 virksomheter i til sammen 25 kommuner for å undersøke ulike sider ved tjenestetilbudet til eldre.

Problemstillingene ble valgt med utgangspunkt i risikovurderinger på fylkesnivå.

Tilsynet med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre fortsetter i 2011 og er en del av Helsetilsynets fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre i perioden 2009-2012. I 2011 igangsettes også landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til eldre med to forskjellige tilsynstema: behandling av eldre pasienter med hjerneslag og behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd. Det er også planlagt landsomfattende tilsyn med samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (som sannsynligvis blir gjennomført i 2013).

Ikke gode nok tjenester til hjemmeboende brukere med demenssykdom

Dette tilsynet ble gjennomført i 48 kommuner, og det ble funnet brudd på aktuelt lovverk i 32 av disse kommunene. De samlede funnene gjør at Statens helsetilsyn er bekymret for om kommunene klarer å identifisere, utrede og gi tjenester med god kvalitet og i tilstrekkelig mengde til brukere med demenssykdom. I mange kommuner er ledelsen for lite opptatt av å sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og at tjenestene er planlagt og organisert slik at rammebetingelsene setter ansatte i stand til å yte forsvarlige tjenester. Det forsterker vår bekymring for hvordan brukerne med demenssykdom blir ivare tatt i kommunene.

Det er også grunn til å uroe seg over at samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene i stor utstrekning er for tilfeldig og lite tilrettelagt fra kommunens side. Godt samarbeid mellom helsepersonell er en forutsetning for forsvarlige tjenester til en sårbar gruppe som mennesker med demenssykdom. Denne pasientgruppen er særlig sårbar fordi de ofte ikke er i stand til selv å ivareta sine behov for nødvendig diagnostikk og behandling. Fastlegen er i en nøkkelposisjon og må sørge for å samarbeide med personell i hjemmesykepleien der dette trengs for å få utredet og fulgt opp pasienten på en forsvarlig måte.

Funn fra dette tilsynet viser med tydelighet at kommunens ledelse ikke gjør nok for å trygge sine tjenester til personer med demenssykdom. Det gjøres ikke alltid risikovurderinger av tjenestene, og lærdom fra uønskede hendelser og feil i virksomheten blir ikke benyttet aktivt i forbedringsarbeidet. Dette må ledelsen ta tak i ved å planlegge, organisere og styre tjenestene mer proaktivt og systematisk enn det tilsynsfunnene viser at kommunene gjør nå.

Ikke trygg nok legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling

Det ble gjennomført ulike former for tilsyn med legemiddelbehandling og -håndtering overfor eldre. Ved et såkalt sjølmeldingstilsyn ble kommunene bedt om selv å vurdere om deres ordninger for legemiddelhåndtering oppfylte en del sentrale krav i regelverket. Av 63 kommuner rapporterte 40 at de fant mangler. I tolv andre kommuner ble det foretatt tilsyn med hjemmesykepleietjenester til eldre som hadde hjelp til legemiddelhåndteringen. I ni av disse kommunene ble det påvist avvik fra krav i lovgivningen.

Funnene fra tilsyn med hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering viste at mange av kommunene ikke alltid sørget for at personellet som delte ut medisiner hadde den kompetansen som trengtes.

Nødvendige og oppdaterte prosedyrer for å sikre at legemiddelhåndteringen

foregikk forsvarlig var heller ikke på plass alle steder. Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene om pasientenes legemiddelbehandling hadde også mangler som kunne innebære at hjelpen ikke ble god nok. Tilsynet tyder på at en del kommuner kan innta en mer aktiv rolle overfor fastlegene på legemiddelområdet. Pasienter som trenger hjelp til å få tatt legemidlene sine, har ofte begrenset mulighet for selv å være koordinator og bindeledd mellom fastlegen sin og hjemmesykepleien. Her må kommunen se sitt ansvar som tilrettelegger, både på systemnivå og for å bistå til at den enkelte pasient får nødvendig legetilsyn.

Tilsynet viste også at en del av kommunene i liten grad brukte meldinger om feil og avvik innen legemiddelhåndteringen i sitt eget forbedringsarbeid.

For lite fokus på og kunnskap om ernæringsproblemer hos eldre

Tilsynet ble gjennomført i 21 kommuner i sju fylker. Det ble påvist brudd fra aktuelle lovkrav i 14 kommuner.

I alle kommunene hvor det ble konkludert med avvik fant tilsynet at det var store mangler i det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring hos eldre som mottok sosial- og helse-tjenester. De aller fleste kommunene manglet en innarbeidet og kjent praksis for å kartlegge og vurdere ernærings-situasjonen hos nye brukere. Mange steder var det heller ikke beskrevet eller avklart hvordan det videre arbeidet med å utrede ernæringsproblemer, sette i verk individuelle ernæringstiltak og evaluere disse skulle gjøres.

Etter Statens helsetilsyns oppfatning er det en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer ikke blir fanget opp av kommunens tjenesteapparat, og dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Og *blir* brukere med ernæringsproblemer fanget opp, kan mangelfull kompetanse og dokumentasjon medføre at hjelpen som blir gitt til den enkelte ikke er tilstrekkelig. Dermed vil ernæringsproblemene vedvare, og

den uheldige innvirkningen på den eldre helsestatus vil kunne fortsette og forverre seg.

For lite tverrfaglighet i sykehjemmenes rehabilitering

Tilsyn med rehabiliteringstilbudet til eldre i sykehjem ble gjennomført i tre fylker i til sammen åtte kommuner. I sju av kommunene ble det fastslått brudd på krav i lovgivningen.

Rehabilitering har vist seg å gi effekt også hos eldre med nedsatt funksjons- evne som følge av aldring i en kombinasjon med en eller flere sykdommer. For en beboer på sykehjem kan vellykket rehabilitering føre til at hun kan gjøre mer personlig stell selv og delta i sosiale aktiviteter i og utenfor sykehjemmet.

Flere av kommunene hadde ikke tiltak som sikret at beboeres rehabiliteringsbehov ble kartlagt og utredet, at det ble utarbeidet en rehabiliteringsplan, at planen ble gjennomført og evaluert og tiltak avsluttet.

I de sju kommunene hvor det ble påvist avvik var det mangler ved det tverrfaglige samarbeidet. Det var ikke godt nok tilrettelagt for medvirkning fra lege og fysioterapeut.

Funn fra tilsyn ved åtte sykehjem er et lite grunnlag, men det står fast at tilbudet i sju av de åtte kommunene ikke er innenfor gjeldende lovkrav. Statens helsetilsyn er bekymret for om det kan være situasjonen i langt flere av landets kommuner.

Mangelfull saksbehandling ved søknader om avlastning

Fylkesmennene og Helsetilsynet i 16 fylker undersøkte om 71 kommuner gjennom sin saksbehandling ivaretok nære pårørendes behov for avlastning når de har omsorg for skrapelige eldre som bor i eget hjem.

I de aller fleste kommunene var det et gjennomgående funn at kommunene

ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning. Når utredningen har vært så vidt mangelfull og skjematisk som det ble avdekket ved dette tilsynet, gir det seg selv at heller ikke vedtakene blir godt begrunnet og hjemlet i riktig.

Mye tyder på at mangelfull saksbehandling kan være et rettssikkerhetsproblem i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det kan bety at omsorgsmottakere og deres pårørende ikke får vurdert sine tjenestebehov slik lovgivningen forutsetter; som i sin tur kan bety at de ikke får det tjenestetilbudet de har rett til. Det er alvorlig slik Helsetilsynet vurderer det.

Uanmeldt tilsyn: Låste dører og begrenset bevegelsesfrihet for beboere i sykehjem

Helsetilsynet i fire fylker gjennomførte i 2010 uanmeldt tilsyn med låste dører i sykehjem. I 18 av 27 sykehjem fant de at det var vanlig praksis å låse utgangsdører, dører til fellesareal, hageareal og gjennomgangsrom uten at pasientenes samtykkekompetanse var vurdert, og uten at det var fattet individuelle vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. De løsninger og ordninger som fantes, var som oftest av kollektiv art og gjaldt for alle beboerne, uavhengig av om den enkeltes behov for helsehjelp, herunder pleie og omsorg, tilsa at låsing av dører var nødvendig.

Temaet er både faglig, etisk og juridisk krevende, og ikke minst er det utfordrende for kommunene å finne praktiske løsninger. Selv om hensikten kan være den beste, har tilsynet avdekket at sykehjem går utover hva de har rettslig adgang til når det gjelder å begrense beboeres bevegelsesfrihet.

Krevende oppgaver krever robust og proaktiv styring og ledelse i kommunene

Personellet i kommunenes sosial- og helsetjenester gjør hver dag en stor innsats for å imøtekomme sammensatte og ofte omfattende hjelpebehov hos

eldre brukere av tjenestene. Både i sykehjem og i hjemmetjenestene utgjør personell uten helsefaglig utdanning en viktig del av arbeidsstokken.

I hjemmebasert omsorg blir mye av hjelpen utført av enkeltpersoner hjemme hos den enkelte bruker, noe som setter store krav til personellens faglige årvåkenhet, vurderingsevne og selvstendighet. For at eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester skal få den hjelpen de har krav på, og at hjelpen som gis skal ha et forsvarlig innhold og omfang, er det av avgjørende betydning at kommunen oppfyller sine forpliktelser om å tilrettelegge for at personellet får gjort jobben sin på en forsvarlig måte.

Dette tilsynet har vist at mange kommuner til dels har en betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling, nok personell med nok kompetanse til å utføre oppgavene, nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon, muligheter for å melde fra når noe går galt og hjelp til å forebygge at dette gjentar seg.

Tilsynet viste at kommunene i liten grad har gjennomgått ulike deler av tjenestene sine med sikte på å avdekke hvor det kan skje svikt og få satt inn nødvendige forebyggende tiltak. Heller ikke fant vi mye spor av at kommunene aktivt følger med på om de ulike tjenestene fungerer etter sin hensikt.

Kravene til styring og ledelse, slik de framstår i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, er viktige for å trygge tjenestene og styrke rettssikkerheten for tjenestemottakerne. Styringen angår i høyeste grad både daglig drift og den mer langsiktige planleggingen av tjenestene. Det dreier seg om de tiltakene ledelsen gjennomfører for å sikre at daglige og faglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret – og for å forebygge at uønskede og kritiske hendelser og feil skal skje i det pasient- og brukerrettede arbeidet i dag, i morgen og neste måned.



Del I: Bakgrunnen for tilsyn med kommunens sosial- og helsetjenester til eldre

I del I gjennomgår vi bakgrunnen for at helse- og sosialtjenester til eldre ble valgt som et satsingsområde for tilsynet, og hvordan kommunetilsynet i 2010 var innrettet.





1 Hvorfor en satsing på tilsyn med tjenester til eldre?

1.1 Tjenester til eldre – fare for svikt i hele tjenestekjeden

I eldre år får mange mennesker helseproblemer og økt behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg, og kan slik sett sies å være en sårbar gruppe. Forekomsten av kroniske sykdommer i vitale organsystemer øker med alderen. Mange blir også generelt svekket på grunn av høy alder. Akutt sykdom fører ofte til raskt tap av funksjonsevne. Eldre kan i kortere eller lengre perioder ha behov for helsetjenester som legehjelp, fysioterapi, ergoterapi og hjemmesykepleie. Fysisk og/eller mental funksjonssvikt kan innebære at de er helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre til daglige aktiviteter som å stå opp, vaske seg og kle på seg, spise og drikke, gå på toalettet og 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. Omfattende funksjonssvikt kan føre til isolasjon med begrenset mulighet for sosial kontakt og for å komme ut i ulike sammenhenger i nærmiljøet¹.

Trygge helse- og sosialtjenester har avgjørende betydning for at hjelpetriggende eldre 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.

Fra tilsyn og annen kunnskap vet vi at tjenester til eldre er et område med fare

for svikt i hele tjenestekjeden. Det er et område i forandring, og mange kommuner sliter med å møte nye utfordringer med tilstrekkelig robust organisering og styring, med tilstrekkelig kompetent personell og med tilstrekkelig tilrettelegging for helhet og sammenheng i tjenestetilbudet.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmenene har hatt et betydelig tilsynsvolum gjennom hele 2000-tallet. I årene 2002-2008 ble det ført mer enn 500 tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester der eldre var sentral målgruppe. Funn og erfaringer fra disse tilsynene viser store forskjeller mellom fylker, men også mellom kommuner og mellom tjenesteområder innen kommuner. Av temaer i disse tilsynene kan nevnes saksbehandling og håndtering av søknader og nye henvendelser, inklusive utredning av hjelpebehov, forsvarlig helsehjelp til hjemmeboende og beboere i sykehjem, ivaretagelse av grunnleggende behov, avlastningstiltak og støttekontakt, journalføring, forsvarlig legemiddelhåndtering, tannbehandling og munnhygiene, verdig livsavslutning mv. Disse tilsynsaktivitetene har avdekket ulike sviktområder i kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen eksempler:

- mangelfullt omfang av tjenester
- for liten vekt på brukermedvirkning og individuell tilrettelegging
- mangelfull ansvars plassering, kommunikasjon og koordinering
- uforsvarlig dokumentasjon og journalføring
- mangelfull kompetanse og opplæring

1) Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport 2009/5. Oslo: Diakonhjemmet høyskole, 2009 (23.2.2011).

- utilstrekkelige styringssystemer
- kvalitetsforskriften og annet regelverk er ikke godt nok kjent og etterlevd

Når flere tjenester og nivåer er involvert, og mange personellgrupper og aktører skal samarbeide om og med en pasient, øker faren for svikt. Denne generelle tendensen er særlig framtrædende når hjelpebehovene er komplekse og omfattende. Faren for svikt er betydelig i samhandlingsfeltet fastlege – omsorgstjeneste – sykehus. Noen grupper eldre er særlig sårbare. Noen eksempler:

- skrøpelige eldre med sammensatte tjenestebehov som bor i opprinnelig hjem eller omsorgsbolig
- eldre som bruker mange legemidler
- eldre med demenslidelser, herunder eldre som mangler samtykkekompetanse
- eldre med rehabiliteringsbehov og behov for aktivisering mer generelt
- eldre med psykiske/alderspsykiatriske lidelser
- eldre i sykehjem med behov for tett oppfølging av lege
- eldre med behov for systematisk oppfølging med hensyn til mat og drikke

1.2 Et flerårig tilsyn med oppstart i kommunene

Dette er bakgrunnen for Statens helse-tilsyns beslutning om en 4-årig satsing på tilsyn med tjenester til eldre i perioden 2009-2012. Hele tjenestekjeden omfattes av tilsynet, og et bredt spekter av tilsynsmetoder tas i bruk. I 2010 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med ulike deler av kommunale sosial- og helsetjenester med et bredt spekter av tema og aktiviteter. Dette tilsynet fortsetter i 2011. I 2011 igangsettes også landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til eldre med to forskjellige tilsynsystema:

- behandling av eldre pasienter med hjerneslag
- behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd

Det er også planlagt landsomfattende tilsyn med samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, som sannsynligvis blir gjennomført i 2013.



2 Tilsynets metoder og denne rapportens materiale

2.1 Felles grunnprinsipper – flere tilsynsmetoder

Tilsyn er lovlighetskontroll og innebærer derfor å undersøke, bedømme og reagere ved manglende etterlevelse av regelverket.

For å kunne gjøre dette, må tilsynsmyndigheten på forhånd ha konkretisert hva lovkravene innebærer på det aktuelle området. Kriteriene som utarbeides gjennom konkretiseringen av lovkravene må være tilstrekkelig detaljerte og praksisrelevante til at tilsynsmyndigheten kan bedømme om det i den konkrete situasjonen foreligger lovbrudd.

Ved landsomfattende tilsyn benyttes oftest *systemrevisjon* som metode. I forbindelse med satsingen på tilsyn med tjenester til eldre har Statens helse-tilsyn i tillegg til systemrevisjoner lagt opp til å benytte også andre metoder. Tilsynet med de kommunens sosial- og helsetjenester til eldre i 2010 har vært utført som

- systemrevisjoner
- sjømeldingstilsyn
- stikkprøvetilsyn
- tilsyn med fastleger
- uanmeldt tilsyn

En nærmere omtale av de ulike tilsynsmetodene finnes i denne rapportens appendiks.

2.2 Hvilke tjenestetilbud førte vi tilsyn med

På bakgrunn av en omfattende risikovurdering der også aktuelle fagmiljøer ble konsultert, besluttet Statens helse-tilsyn at det skulle føres tilsyn på følgende områder:

- identifisering, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom
- legemiddelhåndtering og behandling
- forebygging og behandling av underernæring
- rehabilitering
- behandling av søknader om avlastning for pårørende.

Disse temaene omfattet tilsyn med tjenestetilbudet både i hjemmetjenestene (hjemmesykepleie og praktisk bistand gjennom hjemmehjelp mv.), sykehjem, enheter der søknader behandles, samt tilsyn med fastleger. Samarbeidet mellom ulike instanser, som for eksempel mellom hjemmesykepleien og fastlegene, inngikk også i flere av tilsynene.

Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen besluttet ut fra egne prioriteringer og risikovurderinger både hvilke områder som skulle undersøkes og kommuner det skulle føres tilsyn i.

Det ble i løpet av 2010 utført tilsyn i 342 virksomheter (sykehjem, hjemmesykepleiedistrikter mv.) i til sammen 232 av landets kommuner/bydeler. Tabell 1 viser en oversikt over antall tilsyn som Helsetilsynet i fylket/ Fylkesmannen har meldt inn til Statens

helsetilsynet at de utførte i 2010 når det gjelder de ulike tema og tjenestoområdene som inngikk i dette landsomfattende tilsynet. I noen kommuner ble det gjennomført tilsyn med flere ulike tema og tjenestoområder. For eksempel ble det ført tilsyn med fast-

leger i kommuner der det også ble ført tilsyn med hjemmesykepleie/hjemmetjenesten. I noen kommuner ble det ført samme type tilsyn i flere virksomheter, eksempelvis tilsyn i flere hjemmesykepleiedistrikt, og/eller sykehjem eller tilsyn med flere fastleger.

Tabell 1. Tilsyn gjennomført av Helsetilsynet i fylket / Fylkesmannen i 2010 med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre.

Tilsynstema	Tjenestoområde/virksomhet	Antall virksomheter	Antall kommuner/bydeler
Identifisering, utredning og oppfølging av eldre med demenssykdom	Hjemmesykepleie/hjemmetjeneste	48	48
	Fastleger	29	23
Legemiddelhåndtering	Hjemmesykepleie (systemrevisjon)	12	12
	Hjemmesykepleie og/eller sykehjem (sjølmeldingstilsyn)	112	81
Legemiddelbehandling	Fastleger	12	9
Forebygging og behandling av underernæring	Hjemmesykepleie/hjemmetjeneste og/eller sykehjem	21	21
Rehabilitering	Sykehjem	8	8
Behandling av søknader om avlastning	Kommunens aktuelle saksbehandlingsenhet	71	71
Andre tema	Hjemmetjenester/sykehjem	21	21

Som en del av dette landsomfattende tilsynet ble det også gjennomført uanmeldte tilsyn². Helsetilsynet i sju fylker gjennomførte uanmeldte tilsyn i 25 kommuner i til sammen 37 virksomheter for å undersøke ulike sider ved tjenestetilbudet til eldre.

Problemstillinger ble her valgt med utgangspunkt i risikovurderinger på fylkesnivå. Oversikten i tabell 2 viser antall uanmeldte tilsyn, tema og tjenestoområder som Helsetilsynet i fylket/ Fylkesmannen har meldt inn til Statens helsetilsynet at de utførte i 2010.

Tabell 2. Uanmeldte tilsyn gjennomført i 2010 som del av landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre.

Tilsynstema/tjenestoområde/virksomhet	Antall virksomheter	Antall kommuner
Låste dører i sykehjem	27	15
Samtykkekompetanse og bruk av tvang overfor demente pasienter i sykehjem	4	4
Legemiddelhåndtering i sykehjem og hjemmesykepleie	5	5
Om tjenestemottakere (i sykehjem) får dekket grunnleggende behov	1	1

2) Nærmere omtale av uanmeldt tilsyn som tilsynsmetode er gitt i rapportens appendiks.

En oversikt over aktuelt regelverk for de ulike tilsynstemaene finnes i rapportens appendiks.

2.3 Rapportens materiale og hvordan den er utarbeidet

Denne samlerrapporten bygger på tilsynsrapportene fra tilsyn der det ble konstatert at aktuelle lovkrav ikke var oppfylt. Samlet sett utgjorde disse om lag to tredeler av alle gjennomførte tilsyn. På det tidspunktet vi ferdigstilte samlerapporten forelå det 268 rapporter der tilsynsmyndigheten hadde påpekt avvik fra lovkrav. Under omtalen av funnene fra de enkelte tilsynstema (kapittel 3-8) er det nærmere angitt hvilket materiale oppsummeringen av hvert av temaene bygger på.

I tilsynsrapportene har Helsetilsynet i fylket og/eller Fylkesmannen meddelt sin konklusjon om avvik fra aktuelle lovkrav og beskrevet hvilke påviste fakta (observasjoner) som underbygger denne konklusjonen. Slike avvik og fakta betegner vi som ”funn” utover i denne rapporten. For hvert av tilsynstemaene analyserte vi disse funnene for å se om det var tydelige fellestrekk som gjorde det mulig å samle funn i noen nærmere avgrensede hovedgrupper.

Ved omtalen av de ulike tilsynene har vi en del steder tatt med sitater fra tilsynsrapporter for å vise typiske eksempler på funn som var med på å bygge opp under tilsynets konklusjon om avvik fra lovkrav.

Hensikten med å se samlet på funnene fra samme type tilsyn landet rundt, er å finne mulige fellestrekk. For kommuner som selv ønsker å forbedre sine tjenestetilbud kan slik informasjon gi nyttig læring. For sentrale myndigheter kan formidling av hovedfunn fra landsdekkende tilsyn gi viktig informasjon om sviktområder innenfor deler av tjenestetilbudet til sårbare grupper.

Tilsynsrapporter fra aktuelle kommuner er publisert på www.helsetilsynet.no. På en egen samleside³ er rapportene sortert etter tilsynsmetode, tema og fylke.

3) Landsomfattende tilsyn i 2010-2011 med kommunale tjenester til eldre



Del II: De enkelte tilsystema – funn og vurderinger

I del II omtaler vi funnene fra hvert av tilsynsområdene og kommer med våre vurderinger av disse funnene. Siste kapittel i del II inneholder Statens helsetilsyns samlede vurdering av funnene ved dette tilsynet.





3 Hjemmetjenestens og fastlegens ivaretagelse av eldre med demenssykdom

Demens er en sykdom som rammer et stort antall mennesker. I 2009 var det ca. 70 000 personer med demenssykdom i Norge⁴. Minst halvparten regner man med bor i eget hjem. Forekomsten av sykdommen stiger med økende alder. I aldersgruppen 80-84 år er forekomsten nær 20 prosent, økende til ca. 40 prosent for de over 90 år. Demens er en sykdom som i stor grad også får innvirkning på den sykes familie og nettverk.

Personer med demenssykdom er en sårbar gruppe. Selve sykdommen gjør at de ikke alltid klarer å forstå utviklingen av egen sykdom eller gi klart uttrykk for hva de trenger hjelp og bistand til. I tillegg har brukergruppen særlige behov for tilrettelagte og helhetlige tjenester med kontinuitet over tid, og at ulike aktører i helsetjenesten samarbeider. Det stiller store krav til kommunen om å planlegge, organisere og styre sine tjenester på en slik måte at brukere med demenssykdom ivaretas på en faglig forsvarlig måte. Svikter kommunens tiltak eller fastlegens praksis når det gjelder å identifisere, utrede og følge opp denne brukergruppen, kan det få alvorlige konsekvenser for den det gjelder.

I kommunene undersøkte tilsynet hvilke tiltak kommunen hadde for å sikre at personer med demenssykdom ble identifisert, utredet og fulgt opp, herunder også samarbeid med fastleger. Målgruppen var hjemmeboende eldre som mottok helse- og/eller sosialtjenester fra kommunen. Tilsynet ble utført som

systemrevisjon, og ble gjennomført i ti fylker i til sammen 48 kommuner.

I 23 av disse kommunene ble det også ført tilsyn med i alt 29 fastlegers utredning ved mistanke om demens hos eldre og deres oppfølging av pasienter med demens. Valg av fastleger var basert på at disse og det aktuelle hjemmesykepleiedistriktet skulle ha en del felles pasienter. Det var også et poeng at det ikke forelå bekymringsmeldinger eller klagesaker på de aktuelle fastlegene som ville kunne medføre en annen form for tilsynsmessig oppfølging⁵. Det ble også gjennomført tilsyn med fastlegers legemiddelbehandling av eldre (se kapittel 4). I noen fylker omfattet tilsynet med fastlegen begge temaene.

3.1 Hva undersøkte tilsynet hos hjemmetjenesten?

Tilsynet undersøkte om kommunen planla, organiserte og styrte sin virksomhet på en slik måte at tjenestene var i tråd med aktuelt regelverk.

Kommunen må ha en innarbeidet og kjent praksis for hvordan brukere med demenssykdom skal fanges opp, utredes og ivaretas forsvarlig. Det må for eksempel være klart hvordan observasjoner om en mulig demensutvikling eller et endret hjelpebehov skal kommuniseres internt i virksomheten, og hvem som har et ansvar for å følge opp en slik observasjon. Dette gjelder uavhengig av om det er helsehjelp eller

4) Demens – faktaark. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009.

5) Nærmere omtale av fastlegets tilsyn som tilsynsmetode er gitt i rapportens appendiks.

hjelp etter sosialtjenesteloven (for eksempel hjemmehjelp) som ytes. På samme måte må det være avklart hvordan informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleien, hjemmehjelpstjenesten og eventuelt enhet for tjenestetildeling skal fungere i det daglige arbeidet. Videre skal hjemmesykepleien bidra til at brukere får bistand til nødvendig legehjelp, og det må være kjent for personalet hvem som har ansvar for at det blir gjort og hvordan det skal gjøres.

Brukere med demenssykdom har et særlig behov for at tjenestene er individuelt tilpasset og forutsigbare. Brukermedvirkning, individuell tilrettelegging, regelmessighet og kontinuitet er derfor elementer som må vektlegges i det daglige arbeidet med å ivareta brukernes grunnleggende behov.

Kommunens ledelse må følge med på at rutiner og andre tiltak blir fulgt og om de fungerer etter intensjonen, og på bakgrunn av dette vurdere om det er behov for endringer.

Kommunens ansvar for å yte forsvarlige tjenester omfatter også en plikt til å ha tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse. Personell som yter sosial- og helsetjenester har varierende grad av utdanning, fra ingen fagutdanning til høyskoleutdanning med spesialkompetanse. Lederne må se til at alle ansatte får tilført nødvendige kunnskaper og at de har de ferdighetene de trenger for oppgavene de skal utføre.

Ledelsen må videre planlegge og organisere tjenestene slik at ansatte har rammebetingelsene de trenger for å ivareta brukere med demenssykdom på en forsvarlig måte.

Lovverket stiller ulike krav til dokumentasjon om brukerne for helsepersonell og for personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven. Uansett faggruppe må relevant informasjon om brukerne viderebringes til alle ansatte som har behov for det, slik at de til enhver tid kan vite hva som er gjort, og hva som er planlagt. Kommunens ledelse må ha en overordnet styring med hvilken praksis som gjelder for å

nedtegne og formidle nødvendig og relevant informasjon.

Ledelsen må skaffe seg oversikt over områder hvor det kan være fare for svikt når det gjelder å ivareta brukere med demenssykdom. Feil og nesten-feil må meldes og brukes aktivt i kommunens forbedringsarbeid.

Selv om kommunen har begrensede muligheter til å styre eller lede fastlegens arbeid, må kommunen initiere og legge til rette for et tilstrekkelig samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleien som fungerer.

Utredning av demenssykdom er primært en legeoppgave. I virksomheter hvor hjemmesykepleiens personell bistår fastlegen ved utredningen, må kommunens ledelse sørge for at det er avklart hvordan samarbeidet skal foregå og hvem som skal ivareta de ulike delene av utredningen. Ansatte som skal delta i arbeidet må ha kompetanse om demenssykdom og opplæring i bruk av aktuelt kartleggingsverktøy.

3.2 Hva undersøkte tilsynet hos fastlegene?

Vi omtaler først noen generelle krav som gjelder for hvordan fastleger må innrette sin praksis. Disse kravene inngikk både ved dette tilsynet og ved tilsynet med fastlegers legemiddelbehandling (kapittel 4.4).

Generelle krav: Forsvarlig og omsorgsfull hjelp, orden i egen praksis og plikt til samarbeid med annet helsepersonell ved behov

Fastlegen skal, i likhet med alt annet helsepersonell, yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut fra situasjon og behov. Utredning og oppfølging av pasienter med demenssykdom og legemiddelbehandling av pleietrengende pasienter faller inn under dette ansvaret.

Fastlegen har plikt til å etablere et internkontrollsystem for praksisen sin og sørge for å drive den i samsvar med gjeldende lovkrav. Dette kravet hadde begrenset betydning ved disse tilsynene. Det ble for eksempel ikke forventet at

fastlegen hadde utarbeidet prosedyrer for å ivareta sitt individuelle ansvar som helsepersonell. Men tilsynet undersøkte om fastlegen kunne gjøre rede for hvordan praksisen var innrettet. Bl.a. må arbeidsfordelingen mellom fastlege og medhjelper være klar og tydelig når det gjelder timebestilling, reseptfornyelser, prøvesvar og journalføring. Fastlegen må vedlikeholde sin fagkompetanse. Det ble undersøkt om fastlegen var kjent med og ved behov gjorde bruk av beslutningsstøtte som for eksempel veiledere for utredning av demens fra Nasjonalt kompetansesenter for demens⁶ og Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)⁷. Det ble også undersøkt om fastlegen hadde kjennskap og tilgang til aktuelt lovverk.

Tilsynet undersøkte om fastlegen sørget for at pasientjournalene inneholdt relevante og nødvendige opplysninger. Journalene må være organisert slik at den fungerer som et tjenlig arbeidsredskap for alle som skal bruke den, også mulige vikarer. Det må være enkelt å få fram en oppdatert sykehistorie og oversikt over pasientens legemidler.

Det ble også undersøkt om fastlegen ivaretok sin plikt til å samarbeide med annet helsepersonell dersom pasienten har behov for det. Fastlegen må bl.a. samarbeide med hjemmesykepleien dersom dette er nødvendig for en forsvarlig utredning og oppfølging av pasienten. Kommunen har det overordnede ansvaret for å tilrettelegge for samarbeid mellom helsepersonell og ulike deler av helsetjenesten, men kan ikke ensidig bestemme hvordan fastlegene skal samarbeide. I kommuner der det er utarbeidet rutiner for samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene, forutsettes det imidlertid at fastlegen lojalt følger disse. Fastlegene må også medvirke til at kommunen og fastlegenes representanter i fellesskap kommer fram til hensiktsmessige retningslinjer for slikt samarbeid⁸.

Medisinsk utredning ved mistanke om mental svikt

Dersom fastlegen mistenker mental svikt hos sine eldre pasienter, er det forsvarlig legevirkosomhet å ta initiativ til og gjennomføre en utredning med

tanke på demenssykdom. Sykdommen er progredierende, og mistanken må avklares av hensyn til pasienten selv, pårørendes situasjon, og planlegging og gjennomføring av nødvendig bistand og hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten. Avklaring av demensdiagnose gir mulighet for legemiddelbehandling som kan gi symptomatisk effekt. Ved symptomer på mental svikt er det også viktig med behørig undersøkelse av andre aktuelle årsaker som depresjon og somatisk sykdom.

Pasient og pårørende kan i noen situasjoner ønske å avvente en slik utredning. I så fall bør dette dokumenteres i journalen.

Det er ikke påkrevd med spesialistvurdering som ledd i demensutredning, men fastlegen må innrette seg etter sine egne faglige kvalifikasjoner og henvise når dette er nødvendig. Henvisning er særlig aktuelt ved atferdsproblemer og alvorlig psykiske problemer, dersom pasienten har et komplekst sykdomsbilde og dersom det er aktuelt med symptomatisk legemiddelbehandling.

Statens helsetilsyn legger til grunn at fastlegen gjennomfører demensutredning i tråd med faglige føringer som gitt i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og i utredningsverktøyet for leger som er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter. Ifølge disse skal demensutredning og oppfølging også omfatte en vurdering av evnen til å kjøre bil.

Fastlegens medisinske oppfølging

I tidlig fase ved mild til moderat grad av Alzheimers sykdom har acetylkolinesterasehemmere dokumentert symptomatisk effekt hos inntil halvparten av pasientene for noen måneder til flere år. Effekten er relativt beskjeden, men enkeltpasienter kan klare seg lengre i eget hjem. Ved indikasjon bør alle tilbys et behandlingsforsøk så fremt det ikke er kontraindisert eller pasienten er fornøyd med situasjonen. Behandlingen krever tett oppfølging og bør ikke tas i bruk hvis dette ikke er mulig. Fastlegen må ha ordninger for å vurdere effekt av legemiddelbehandlingen. Evalueringen må baseres på fortløpende

6) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Nettside med utredningsverktøy og veiledere.

7) Norsk elektronisk legehåndbok.

8) Fastlegenes ansvar er regulert gjennom Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. ASA 4310 for perioden 2010-2011

og tett observasjon fra instruerte pårørende og/eller hjemmesykepleien.

Uavhengig av behandling med acetylkolinesterasehemmere eller behandling med andre legemidler og/eller av andre sykdommer må fastlegen regelmessig følge opp pasienter med demensdiagnose på grunn av sykdommens progredierende karakter med økende hjelpebehov og fare for at annen sykdom kan bli oversett. Oppfølging bør skje ikke sjeldnere enn hver 6.-12. måned. Individuelle forhold kan tilsi hyppigere kontroller. Legen bør avtale tidspunkt for neste kontroll.

Samarbeid med hjemmesykepleien
Fastlegen må ha avklart hvordan samarbeid med hjemmesykepleien skal foregå. Fastlegen kan ha behov for bistand ved utredningen i form av observasjoner og kartlegginger. Det kan også være behov for samarbeid om oppfølgingen av pasienter som har fått diagnostisert demens. Klare samarbeidsforhold er særlig aktuelt dersom fastlegen har igangsatt legemiddelbehandling der det er viktig med observasjoner av effekt og mulige bivirkninger fra kyndig helsepersonell.

3.3 Funn fra tilsynet med hjemmetjenesten: Mye er overlatt til den enkelte ansatte

I alt ble det gjennomført tilsyn i 48 kommuner. Det ble funnet brudd på aktuelt lovverk i 32 av kommunene.

3.3.1 Kjent og innarbeidet praksis er mangelvare

Mange av kommunene manglet en innarbeidet praksis for hvordan hjemmetjenesten skulle fange opp og ivareta personer med demenssykdom. Noen steder fantes skriftlige prosedyrer, men de ble ikke alltid fulgt i praksis. Ansvars- og oppgaveplassering var ofte ikke på plass. En del kommuner hadde opprettet egne demensteam, men det var ikke tydelig hvilke oppgaver teamet skulle ha. Det var uklart hvordan observasjoner om en mulig demensutvikling, eller endring i hjelpebehovet hos en bruker, skulle meldes og håndteres videre i

virksomheten. Flere steder fremsto praksis som personavhengig og tilfeldig. Funnene kan illustreres ved disse sitatene:

”Gjennomgang av syv saksmapper/ journaler for eldre med både hjemmesykepleie og hjemmehjelp viser at tre av syv brukere skulle vært fanget opp for vurdering/utredning av demens.”

”Det kom frem gjennom intervjuer at noen brukere ble vurdert til å ha et hjelpebehov på et høyere omsorgsnivå enn det som ble tilbudt. Det samme fremgikk av fremlagt dokumentasjon.”

Manglende eller mangelfulle rutiner gjør at det i stor grad blir opp til den enkelte ansatte å bedømme og håndtere de ulike situasjonene som oppstår. Det øker faren for at noe kan glippe. Hvis brukere med demenssykdom ikke blir fanget opp og utredet, vil hjemmetjenesten heller ikke ha et godt nok grunnlag for å yte individuelt tilpassede tjenester til den enkelte, eller sørge for nødvendig legetilsyn. Brukerne vil heller ikke få forsvarlige tjenester hvis endrede hjelpebehov ikke blir registrert.

Tjenestene manglet i stor grad ordninger og tiltak for å sikre kontinuitet og regelmessighet i tjenestene til personer med demenssykdom. Primærsykepleie og tiltaksplaner fungerte for eksempel ikke alltid etter intensjonen. Blant annet var det ofte ikke gjort systematiske forsøk på å begrense antallet tjenesteytere som besøkte den enkelte bruker. Mange ansatte hadde små stillingsbrøker, sykefraværet var høyt flere steder og det ble i stor grad brukt vikarer som til dels var uten fagutdanning. Kommunen hadde i slike tilfelle ikke satt i verk kompensierende tiltak for å sikre kontinuiteten.

”Pasientene får i stor grad tjenester fra flere tjenesteytere. For eksempel fremgikk det av tre tilfeldige utvalgte pasientjournaler hvor pasientene fikk tjenester 1-2 ganger om dagen, at pasientene hadde hatt 21-26 tjenesteytere i løpet av mai måned.”

”Det er ikke iverksatt spesielle tiltak for å ivareta kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesteutøvelsen for personer med demenssykdom.”

Brukere med demenssykdom er spesielt avhengige av et stabilt og forutsigbart tjenestetilbud. Stadig skiftende personell som kommer til ulike tider og møter den enkelte på ulike måter, kan bidra til økt forvirring og forverring av sykdommen.

3.3.2 Mangelfull opplæring og organisering

I nesten halvparten av kommunene konstaterte tilsynet at tiltakene for å sikre tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter var tilfeldige og sporadiske. Det ble påvist mangelfull opplæring i bruk av dokumentasjonssystemer. Kjennskapen til verktøy for å kartlegge og utrede demenssykdom kunne også være dårlig.

”Gjennom intervju kom det fram at det er behov for kompetansehevande tiltak på demensområdet. Det er mellom anna ikkje etablert regelmessig internundervisning eller anna tiltak for å sikre naudsynt kompetanse.”

”Gjennom intervju fremkommer det at det har vært mangelfull opplæring i bruk av elektronisk journalsystem. Det fremkom i intervju at det ikke er avsatt ressurser og tid til opplæring.”

Enkelte steder fant tilsynet at tjenesten ikke var planlagt og organisert på en slik måte at ansatte hadde de nødvendige rammebetingelsene for å ivareta personer med demenssykdom på en forsvarlig måte:

”Ikke samsvar mellom vedtak og faktiske utførte tjenester. Brukerne får færre tjenester enn det de har vedtak på.”

Demenssykdom er en kompleks sykdom som gir utslag på mange ulike måter og som endrer seg over tid. Det forutsetter god kompetanse hos de som skal hjelpe. Mangelfull kompetanse kan

bidra til at tjenestene som ytes har for dårlig faglig kvalitet. Observasjon av symptomer på demenssykdom og vurdering av hjelpebehov kan også bli mangelfull. Når rammebetingelsene ikke sikrer at ansatte kan yte tjenestene forsvarlig, sier det seg selv at dette går ut over den enkelte bruker ved at de ikke får dekket sine nødvendige behov.

3.3.3 Dokumentasjon – mangelfull og spredd på ulike steder

I mange av kommunene var også dokumentasjonen mangelfull. Det var heller ikke rutiner for hva som skulle dokumenteres og hvordan dette skulle gjøres. Ansatte hadde i noen kommuner lite kunnskap om hvilke opplysninger som skulle nedtegnes i journalen for at denne skulle være i samsvar med krav i forskrift om pasientjournal.

Nødvendig og relevant informasjon om brukerne var i mange kommuner mangelfullt dokumentert. Opplysningene var dermed lite tilgjengelige for ansatte som hadde bruk for dem i sitt daglige arbeid. Opplysninger om brukerne ble dokumentert på ulike steder; i elektronisk journal, papirjournal, beskjedbøker og ulike andre typer permer. Det som ble nedskrevet i beskjedbøker og andre typer permer, ble ikke alltid gjenfunnet i brukernes hovedjournal.

”Flere av de fremlagte journalene fremstår som fragmenterte og mangelfulle blant annet i forhold til nødvendige opplysninger om pasientens diagnose, sykehistorie, bakgrunn for og resultat av behandling samt plan for videre oppfølging.”

Når mange tjenesteytere er involvert må tjenestene sikres ved at nødvendig og relevant informasjon om brukerne blir dokumentert. Mangelfull og spredd dokumentasjon svekker de ansattes muligheter til enhver tid å vite hva som er gjort, observert og planlagt hos den enkelte bruker. Manglende dokumentasjon og videreformidling av slike opplysninger kan føre til at oppgaver blir glemt, utført på feil måte eller på feil tidspunkt. Andre vesentlige opplysninger som diagnose, sykehistorie, pågående

behandling, hvem som er fastlege og lignende blir det også vanskelig å få oversikt over. Samlet kan dette medføre at brukere ikke får dekket sine behov for hjelp og bistand, og kan også medføre dårligere kontinuitet på tjenestene som ytes.

3.3.4 Risikovurdering og læring av egne feil forsømmes

Mange kommuner hadde ikke gjort seg opp en mening om hvor det var sårbare punkter i tjenesteytingen til brukere med demens, og hvor det var størst fare for at noe kunne gå galt.

Under halvparten av kommunene brukte på en systematisk måte erfaringer fra egne feil og nesten-feil for å forbedre tjenestene for den aktuelle brukergruppen. I kommuner som hadde et system for å melde om avvik, kjente ikke ansatte alltid til systemene eller hvordan de skulle brukes.

”Det er ikke etablert rutiner over områder hvor det kan være fare for svikt, for eksempel risikovurderinger i forhold til at det i perioder er høyt sykefravær i virksomhetene.”

”Avvik meldes i liten grad. Det er lite bevissthet og felles oppfatning om hva som skal meldes som avvik.”

Kommunens ledelse vil ha dårlig grunnlag for å forebygge feil og uønskede hendelser hvis de ikke vurderer hvor i tjenesteytingen faren for svikt er stor. Det svekker tryggheten for brukerne. Om ledelsen heller ikke benytter muligheten til å forbedre sine tjenester ved å lære av egne feil og nesten-feil, kan det øke muligheten ytterligere for at uønskede hendelser oppstår og at de gjentar seg.

3.3.5 Samarbeidet med fastleger var lite strukturert

I nesten halvparten av kommunene var samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegen lite strukturert. Der det forelå en rutine for samarbeid, ble den ikke alltid praktisert. Samarbeidet foregikk ofte ved muntlig kommunikasjon som ikke alltid ble nedskrevet.

Kommunene hadde heller ikke alltid en klar og innarbeidet praksis for hvordan de skulle medvirke til at brukerne fikk nødvendig legetilsyn. Eksempler på funn var:

”Hjemmetjenesten var ikke kjent med at noen av deres pasienter var diagnostisert med demenssykdom. De var ikke kjent med at flere av pasientene de antok hadde demenssykdom jf tilsendt liste, allerede var diagnostisert av pasientenes fastlege.”

”Det foreligger ikke skriftlige rutiner for når og hvordan lege skal kontaktes, og det fremkom at det i praksis var uklart for de ansatte når lege skulle kontaktes”.

Et ustrukturert samarbeid med fastlegene kan medføre at brukere ikke får bistand til legehjelp og dermed heller ikke får utredet sin sykdom. Videre kan viktige og nødvendige observasjoner om symptomer, virkning av behandling eller forverring av sykdommen bli oversett eller ikke formidlet til fastlegen. På samme måte kan viktig informasjon fra fastlegen ikke tilflytte hjemmesykepleien. Dette kan få store helsemessige konsekvenser for brukerne.

3.4 Funn fra tilsyn med fastlegene: Mangler ved utredning og oppfølging hos noen leger

Hos fem av de 28 fastlegene fant tilsynet at utredning og oppfølging av pasienter med demens og journalføringen på dette området samlet sett ikke oppfylte aktuelle krav.

Tilsynet fant at pasienter ikke var utredet for demens eller henvist til utredning, selv om symptomer tilsa at pasienten kunne ha en slik sykdom. Noen av pasientene var henvist til utredning i spesialisthelsetjenesten svært sent i sykdomsforløpet. Behandling med acetylkolinesterasehemmere var igangsatt hos flere pasienter uten at det var foretatt demensutredning og konkludert om diagnose.

Oppfølgingen av pasienter med kjent demenssykdom var heller ikke god nok. Ved utprøving av acetylkolinesterasehemmere hadde ikke fastlegene etablert ordninger for tilbakemelding fra hjemmesykepleien eller pårørende om behandlingseffekt. Kontroller hos legen selv var også mangelfulle. I journalene var det vanskelig å følge utviklingen av pasientens sykdom og hvilken oppfølging som var gitt.

Samarbeidet med hjemmesykepleien framsto også som lite strukturert. Hva hjemmesykepleien hadde rapportert om pasientens tilstand var i liten grad dokumentert. Ansvarsfordelingen mellom fastlege og hjemmesykepleie eller kommunale demensteam var også uklar.

3.5 Statens helsetilsyns vurdering

Ut fra de samlede funnene fra dette tilsynet er Statens helsetilsyn bekymret for om kommunene klarer å fange opp, utrede og gi tjenester med god nok kvalitet og i tilstrekkelig omfang til brukere med demenssykdom.

Lite kontinuitet i tjenesteytingen gjør at tjenesteyterne kjenner brukeren for dårlig, noe som også øker faren for at symptomer på demenssykdom eller endrede behov for hjelp ikke blir oppdaget.

I mange kommuner er ledelsen for lite opptatt av å sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og at tjenestene er planlagt og organisert slik at rammebetingelsene setter dem i stand til å yte forsvarlige tjenester. Det forsterker vår bekymring for hvordan brukerne med demenssykdom blir ivaretatt i kommunene.

Det er også grunn til å uroe seg over at samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene er lite strukturert mange steder. En sårbar gruppe som demenssyke har et særlig behov for at helsepersonell samarbeider godt.

Det gjøres heller ikke alltid risikovurderinger av tjenestene, og lærdom fra egne feil blir ikke benyttet aktivt i forbedringsarbeidet. Dette må ledelsen

ta tak i ved å planlegge, organisere og styre tjenestene på en mer systematisk måte.

Antallet fastlegetilsyn var lavt og det ble også gjort relativt få funn ved dette tilsynet. Men funnene gir likevel en pekepinn om hvilke forhold som kan føre til at pasienter med demenssykdom ikke får forsvarlig medisinsk utredning og oppfølging. Denne pasientgruppen er ofte ikke i stand til selv å ivareta sine behov for nødvendig diagnostikk og behandling. Fastlegen er i en nøkkelposisjon og må sørge for å samarbeide med personell i hjemmesykepleien der dette trengs for å få utredet og fulgt opp pasienten på en forsvarlig måte. Tilstrekkelig dokumentasjon av pasientforløpet er også viktig. Dette er særlig kritisk dersom eventuelle vikarer eller andre leger i praksisen overtar pasienten og er avhengig av informasjon fra pasientjournalen.



4 Kommunens legemiddelhåndtering og fastlegenes legemiddelbehandling

4.1 Eldre bruker mange legemidler – det krever årvåkenhet hos hjelperne

Legemiddelbehandling av eldre er krevende og krever stor grad av årvåkenhet både hos behandlende lege og hos pleiepersonellet som skal bistå med legemiddelhåndteringen.

På grunn av kroniske sykdommer og andre tilstander må mange eldre bruke en rekke legemidler. I følge Reseptregisteret får vel halvparten av alle over 70 år resept på flere enn fem ulike legemidler i løpet av et år, og hver femte av dem får resept på flere enn ti legemidler⁹. Samtidig bruk av mange legemidler innebærer økt risiko for bivirkninger og andre legemiddelproblemer. Aldersforandringer gjør at legemidlene ikke utskilles like effektivt som før, og kroppens organsystemer er mer sårbare for legemiddelvirksomheter. Omkring hver tiende sykehusinnleggelse av eldre mennesker er relatert til ulike former for legemiddelproblemer. Fatale legemiddelbivirkninger forekommer hyppigst blant eldre¹⁰.

I 2010 ble det gjennomført ulike former for tilsyn med legemiddelbehandling og håndtering overfor eldre.

Det ble for det første gjennomført systemrevisjoner der temaet var om kommunens hjemmesykepleie sørget for at deres brukere fikk forsvarlig legemiddelbehandling og oppfølging, og at hjemmesykepleien hadde etablert nødvendig samarbeid med fastlegene.

Slike tilsyn ble gjennomført i fem fylker i til sammen tolv kommuner. Flere av tilsynene var kombinert med tilsyn med kommunens utredning og oppfølging av hjemmeboende pasienter med demenssykdom, se kapittel 3.

For det andre ble det gjennomført et såkalt sjølmeldingstilsyn¹¹ om legemiddelbehandling. Kommunene fikk tilsendt et spørreskjema der de ble bedt om å vurdere sin egen praksis¹². Kommunene sjekket selv, ved hjelp av en tilsendt "fasit", om svarene deres var i samsvar med krav i lovgivningen. Resultatet ble sendt til Helsetilsynet i fylket, sammen med en plan for oppretting dersom kommunens praksis ikke oppfylte lovkravene. Denne formen for tilsyn ble gjennomført i elleve av landets fylker i til sammen 81 kommuner. Tilsynet ble foretatt både i hjemmesykepleiedistrikter og i sykehjem, i til sammen 112 virksomheter. Sjølmeldingstilsyn som tilsynsmetode er nærmere beskrevet i rapportens appendiks.

For det tredje ble det i 2010 også ført tilsyn med fastlegers legemiddelbehandling av eldre pasienter som hadde hjelp av hjemmesykepleien til å få tatt legemidlene sine. I løpet av 2010 ble det utført slike tilsyn i fire fylker, i ni kommuner og hos i alt 12 fastleger. I de samme kommunene ble det også ført tilsyn med hjemmesykepleiens legemiddelbehandling og samarbeid med fastlegene. Fastlegene som fikk tilsyn ble valgt ut fordi de hadde relativt mange pasienter som mottok slik bistand fra hjemmesykepleien.

9) Reseptregisteret 2004-2008. Legemiddelstatistikk 2009:2. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009.

10) Ruths S, Straand J. Eldre og legemidler. I: Norsk legemiddelhandbók. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk lege-middelhandbók, 2010.

11) Nærmere omtale av sjølmeldingstilsyn som tilsynsmetode finnes i rapportens appendiks.

12) Kravene til legemiddelbehandling i kommunehelsetjenesten følger blant annet av bestemmelsene i forskrift av

3. april 2008 om legemiddelbehandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelbehandling) og forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten).

4.2 Hva undersøkte tilsynet om hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering?

Mange hjemmeboende eldre er av ulike grunner ikke selv i stand til å ta legemidlene slik som forskrevet og trenger derfor bistand av hjemmesykepleien til dette. Mye må være på plass for at legemiddelhåndteringen skal foregå på en trygg måte.

Kommunens ansvar for legemiddelhåndteringen går i korthet ut på å sikre at "rett pasient får rett legemiddel i rett dose til rett tid og på rett måte". Sentralt her er klar og tydelig ansvars plassering og oppgavefordeling, personell med tilstrekkelig faglig kompetanse, og tilgjengelig, oppdatert og korrekt informasjon om legemidlene og pasientene.

Leder for virksomheten er administrativt og faglig ansvarlig for at legemiddelhåndteringen foregår på en forsvarlig måte og i henhold til lover og forskrifter. Det må være utpekt en faglig rådgiver dersom virksomhetslederen ikke har legemiddelkompetanse¹³.

Det enkelte helsepersonell som er involvert i å gjøre i stand eller dele ut legemidler, må ha nok kompetanse og ha fått nødvendig opplæring for oppgavene de skal utføre.

Prosedyrer og rutiner må være i samsvar med gjeldende lovkrav. De må være kjent for alle de gjelder for, og ledelsen må følge med på at de etterleves.

Journalene skal blant annet innholde relevante og nødvendige opplysninger for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering og opplysninger som helsepersonell trenger for en forsvarlig oppfølging av pasienten. Når hjemmesykepleien har ansvar for legemiddelhåndteringen til hjemmeboende pasienter, må de sørge for å ha nødvendige opplysninger om pasientenes helsetilstand. De må ha en oppdatert og samlet oversikt over pasientens legemidler. I tillegg bør de ha opplysninger om formålet med behandlingen, risikoforhold og aktuelle bivirkninger, og hvordan behandlingen skal gjennomføres. Tilgang til slike opplysninger vil i hovedsak være

avhengig av informasjon fra pasientens fastlege. Det trengs derfor gode rutiner for nødvendig informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleien og de aktuelle fastlegene. Hjemmesykepleien skal også informere videre til fastlegene om endringer i legemiddelforskrivningen til deres brukere som de får beskjed om at andre leger har foretatt.

Virksomhetsleder må skaffe seg oversikt over ledd i legemiddelhåndteringen hvor det er risiko for svikt, og sørge for å sette inn forebyggende tiltak. Kommunen må ha et system for avvikshåndtering, og dette må være i bruk slik at feil og nesten-feil som gjelder legemiddelhåndteringen blir meldt og lagt til grunn for forbedringsarbeid.

Kommunen har et generelt oppfølgingsansvar overfor dem som mottar tjenester fra hjemmesykepleien, og må bidra til at disse får ivaretatt behov for medisinsk utredning og behandling (se også kapittel 3.1). Personellet som deler ut legemidlene må derfor følge med på brukernes tilstand. De må være i stand til å observere og rapportere videre om viktige bivirkninger eller manglende effekt av legemiddelbehandlingen, og bidra til at pasientene får nødvendig legetilsyn.

Hjemmesykepleien vil ofte ha behov for samarbeid med de aktuelle brukernes fastleger utover utveksling av oppdaterte legemiddellister som nevnt ovenfor. Kommunen har ansvar for å tilrettelegge for dette samarbeidet.

4.3 Sjømeldingstilsyn: Hva undersøkte kommunene om sin egen praksis?

Mange av forholdene som er nevnt i kapittel 4.2 ovenfor inngikk i spørreskjemaet som kommunene mottok, og som de skulle bruke for å undersøke om deres egen praksis oppfylte sentrale krav i regelverket. Spørreskjemaet var tilpasset til bruk i både hjemmetjenester og sykehjem. Spørsmål angående samarbeid med fastlegene og oppfølgingen av pasientene for å bidra til nødvendig legetilsyn, var ikke med ved dette tilsynet.

13) Legemiddelkompetanse er i legemiddelhåndteringsforskriften § 3 k) definert som: medisinsk- eller farmasifaglige kvalifikasjoner.

4.4 Hva undersøkte tilsynet hos fastlegene?

De generelle kravene til fastlegens praksis som inngikk ved dette tilsynet er omtalt i kapittel 3.2 om tilsyn med fastlegers utredning og oppfølging av pasienter med demenssykdom.

Oversikt over legemidlene

Ved tilsynet ble det undersøkt om fastlegen hadde en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over den enkelte pasients legemidler. I journalene skal det også være rimelig enkelt å finne sammenheng mellom legemidlene pasienten bruker og den aktuelle årsak (indikasjon) til at de aktuelle legemidlene er forskrevet.

Fastlegens oppfølging av legemiddelbehandlingen

Fastlegen skal yte forsvarlig legemiddelbehandling. Tilsynet undersøkte om fastlegen hadde ordninger for systematisk oppfølging av legemiddelbehandlingen.

Fordi pasienter og deres situasjon er ulike, kan det være flere måter å legge opp legemiddelbehandlingen ved samme type lidelse. Fastlegen må derfor utvise et faglig skjønn. For noen behandlingsopplegg foreligger det veiledere, retningslinjer og andre faglige føringer som vil ha betydning for hvor stort handlingsrom det kan være i dette faglige skjønn. Hyppighet og omfang av oppfølgingen må være tilpasset den enkelte pasients tilstand og legemiddelbruk, likeså om det er nødvendig med hjemmebesøk og i hvilken grad oppfølgingen skal involvere hjemmesykepleien. Dersom forsvarlig oppfølging er avhengig av informasjon fra hjemmesykepleien, må fastlegen ha ordninger for kontakt med hjemmesykepleien om aktuelle tilbakemeldinger.

I denne delen av tilsynet ble det også undersøkt om pasienten fikk nødvendig informasjon om legemiddelbehandlingen og om det ble journalført at slik informasjon var gitt.

Fastlegens samarbeid med hjemmesykepleien og med apoteket

En av forutsetningene for et godt samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleien er at begge parter er tilgjengelige for nødvendig kommunikasjon om felles pasienter. Fastlegen må sørge for å være tilgjengelig for nødvendige beskjeder fra hjemmesykepleien, for eksempel om reseptfornyelser, og håndtere disse innen rimelig tid. Fastlegen må også ha en rimelig grad av tilgjengelighet for kunne drøfte felles pasienter dersom hjemmesykepleien har behov for dette. Tilgjengeligheten må også være forutsigbar slik at hjemmesykepleien vet hvor de skal henvende seg ved fastlegens fravær (ferier, kurs, sykdom).

Fastlegen må straks sørge for å informere hjemmesykepleien om alle endringer av legemiddelbehandlingen som fastlegen selv foretar eller blir gjort kjent med via mottatte epikriser eller lignende. Av sikkerhetshensyn skal slik informasjon som hovedregel formidles skriftlig, og den må også inneholde tilstrekkelig brukerrettleiding for det enkelte legemiddel. Dersom fastlegen finner at det er nødvendig at hjemmesykepleien observerer og rapporter tilbake om spesielle forhold knyttet til legemiddelbehandlingen av enkeltpasienter, må anmodning om dette også formidles skriftlig. Dersom kommunen hadde etablert felles ordninger for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom fastlegene og hjemmesykepleien, ble det undersøkt om fastlegen etterlevde disse.

I kommuner som hadde innført multi-doseordning for brukere av hjemmetjenestene, ble det undersøkt om fastlegen vurderte om det var forsvarlig at pasienten deltok i denne ordningen og sikret seg at legemidler som han/hun anså uegnet for multidose ble holdt utenom ordningen. Det ble også undersøkt om eventuell deltakelse i ordningen fremgikk av pasientjournalen.

«Legemiddelmarkører» ved tilsynet

Følgende behandlingsregimer/legemidler ble valgt ut som "markører" når tilsynet undersøkte fastlegens oversikt

over pasientenes legemidler og oppfølgingen av legemiddelbehandlingen:

- behandling med mange legemidler (her definert som fem eller flere legemidler daglig)
- behandling med antikoagulantia i form av warfarin (Marevan®)
- behandling med NSAID (ikke-steroid betennelsesdempende midler)
- behandling med benzodiazepiner i form av beroligende/angstdempende legemidler og hypnotika (sovemidler)

Disse markørene ble valgt fordi de kan forårsake alvorlige legemiddelrelaterte problemer. For disse markørene er det også i hovedsak faglig enighet om hva som kjennetegner god praksis når det gjelder legemiddelbehandlingen av eldre pasienter.

4.5 Funn fra tilsynet med kommunens legemiddelhåndtering

Ved systemrevisjonene som gjaldt hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering og samarbeid med fastlegene ble det påvist avvik fra aktuelle lovkrav i ni av de tolv kommunene.

I rapportene fra sjølmeldingstilsynet oppga 40 av 63 kommuner at deres praksis på ett eller flere områder avvok fra regelverket (se kapittel 4.5.6). Rapporter fra tilsyn i ytterligere 18 kommuner var ikke ferdigstilt da vi gjennomgikk tilsynsrapportene.

4.5.1 Uklarheter om lederansvaret og utpeking av faglig rådgiver

Uklar ansvars plassering gikk igjen i flere av kommunene. Dette gjaldt særlig plassering av det faglige og administrative lederansvaret for legemiddelhåndteringen. Kravet om å utpeke en faglig rådgiver når virksomhetsleder ikke hadde legemiddelkompetanse, var heller ikke ivaretatt alle steder.

”Dei intervjuar har ikkje felles forståing for kven som er verksemdleiar og ansvarleg for legemiddelhandteringa. Det er heller ikkje klart kven som er fagleg rådgjevar med legemiddelkompetanse.”

”Ingen av leiarane har legemiddelkompetanse, og det er heller ikkje klart kven som er fagleg rådgjevar med legemiddelkompetanse.”

”Dei tilsette manglar felles forståing for kven som har ansvar for opplæring av og fagleg påfyll til hjelpepleiarar som deltek i dette arbeidet.”

4.5.2 Ikke god nok opplæring

I halvparten av kommunene ble det avdekket at opplæringen av personellet ikke var ivaretatt godt nok. Noen legemidler har virkninger og bivirkninger helsepersonellet må kjenne til for å kunne følge opp pasientene på en forsvarlig måte. Det gjelder bl.a. antikoagulasjonsmiddelet warfarin (Marevan®) og ulike typer av acetylkolinesterasehemmere (bl.a. Aricept®). Warfarin har som virkning å hindre at blodet koagulerer og har derved blødninger som en mulig og alvorlig bivirkning. Pasienter som bruker acetylkolinesterasehemmere kan på grunn av sin demenssykdom i liten grad selv vurdere effekt og bivirkninger av disse legemidlene. Det er derfor særlig viktig at personellet som er hjemme hos pasientene og deler ut legemidlene har tilstrekkelig kompetanse til å vite hva de skal observere og rapportere om. Tilsynet fant at det manglet planer for opplæring og systematisk opplegg for internundervisning. Personell som ikke hadde fått nødvendig opplæring ble satt til å dele ut legemidler.

”Kommunen har ingen kompetanseplan, ingen systematisk internundervisning eller opplæring. Tilsynet viste bl.a. at opplæring i legemiddelhåndtering ikke er oppdatert.”

”I praksis deles ofte legemidler ut av personell uten formelle helsefaglige kvalifikasjoner uten at de har gjennomført legemiddelkurs og fått bemyndigelse.”

”Det vert ikkje gjennomført systematisk internundervisning eller gjeve fagleg påfyll til alle tilsette som deltek i utdeling av legemiddel og oppfølging av legemiddelbruken til pasientane i heimesjukepleien. Dei

tilsette deltek i oppfølginga av pasientar med Marevanbehandling. Ein del av brukarane vert behandla med Aricept. Dei intervjuja opplyste om at det ikkje er gjeve spesiell opplæring knytt til bruk av desse medikamenta.”

4.5.3 Mangel på prosedyrer og journalføring for å sikre god praksis

Mange er involvert i legemiddelhåndtering i eldreomsorgen, og legemiddelhåndteringen innbefatter mange ulike aktiviteter. Det vil derfor ofte være behov for en del skriftlige prosedyrer for å beskrive hva som er god og forsvarlig praksis. Virksomhetsleder må sørge for at prosedyrene er kjent og blir etterlevd. Tilsynet fant at det i noen av kommunene manglet nødvendige prosedyrer for legemiddelhåndteringen. I andre kommuner fantes prosedyrer, men de var ikke gjort kjent for dem de gjaldt for, slik dette eksempelet viser:

”Kommunen har utarbeidd skriftlege prosedyrar for legemiddelhandtering. Desse er ikkje kjende for alle som har oppgåver knytt til legemiddelhandteringa.”

Det ble også funnet viktige mangler ved journalsystemet og journalføringen. I en av kommunene hadde ikke alle tjenestestedene tilgang til det elektroniske journalsystemet og fikk derved ikke sett nødvendige pasientopplysninger når de trengte det. De øvrige funnene dreide seg i hovedsak om at nødvendige og relevante opplysninger manglet, eller at det ikke var samsvar mellom legemiddelopplysninger i ulike deler av pasientjournalen, slik disse eksemplene viser:

”Det er få opplysningar om pasientens helsetilstand ut over opplysningar om kva legemiddel pasienten blir behandla med. Vurderingar som heimesjukepleia har gjort av helse-tilstanden til pasienten, går ikkje alltid fram av pasientjournal”.

”Det er ikkje alltid samsvar mellom opplysningar i kvitteringslister som viser at pasientar ikkje har fått medisiner og dokumentasjon av dette i pasientjournal.”

4.5.4 Ledelsen følger ikke godt nok med på hva som kan gå galt i legemiddelhåndteringen

Ved flere av tilsynene ble det avdekket at ledelsens kontroll med og oppfølging av risikoområder innen legemiddelhåndteringen var mangelfull. Kommunens system for avvikshåndtering ble heller ikke godt nok benyttet i forbedringsarbeidet:

”Få avvik vert melde. Det vert ikkje gjeve systematiske tilbakemeldingar på avvik som vert melde. Det mangla også felles forståing for kva som skal meldast som eit avvik knytt til legemiddelhandteringa. Det er heller ikkje kultur for å melde avvik, og avvika vert ikkje nytta på ein systematisk måte til forbetring av tenesta.”

4.5.5 Samarbeidet med fastlegene er i liten grad dokumentert

Det var få funn som angikk den generelle oppfølgingen av pasienten og samarbeidet med fastlegen. Mangelfull journalføring om hvilken samhandling som foregikk med fastlegen ble påpekt noen steder, likeså manglende dokumentasjon av relevante opplysninger som fastlegen hadde meddelt hjemme-sykepleien. Hvorvidt den mangelfulle journalføringen også var uttrykk for at kommunen ikke sørget for å tilrettelegge godt nok for samarbeid med fastlegene, gir ikke funnene fra tilsynet grunnlag for å si noe nærmere om.

4.5.6 Kommunene fant at egen praksis avvok fra flere av kravene i regelverket

Ved sjølmeldingstilsynet var det følgende avvik som oftest gikk igjen:

- Prosedyrene for legemiddelhåndtering var ikke oppdatert og stemte derved ikke med gjeldende forskrift som trådte i kraft i 2008. Jevnlige kontroller av egne prosedyrer ble ikke foretatt.
- Faglig rådgiver var ikke utnevnt der virksomhetslederen selv ikke hadde til strekkelig legemiddelkompetanse.
- Meldinger om feil og nesten-feil ble ikke alltid fulgt opp og benyttet i forbedringsarbeidet. Vurderinger av risikoområder innen legemiddelhåndteringen var ikke foretatt.

- Legemidler ble delt ut av ufaglært personell som manglet nødvendig opplæring.
- Rutinene for utdeling av legemidler sikret ikke godt nok at helsepersonellet dokumenterte at pasienten hadde tatt legemidlene.

4.6 Hva ble funnet ved tilsynet med fastleger?

Ved to av de tolv tilsynene med fastleger ble det påvist brudd på/avvik fra aktuelle lovkrav. Disse gjaldt mangelfulle journalopplysninger om dosering og videre kontroller av behandling med legemiddelet warfarin (Marevan®). Tilsynet fant også at en del journaler manglet en lett tilgjengelig og oppdatert oversikt over pasientens legemidler. For de øvrige områdene som ble undersøkt ved tilsynet ble det ikke avdekket avvik.

4.7 Statens helsetilsyns vurdering

Bekymringsfullt at ledelse av legemiddelhåndteringen ikke er godt nok ivaretatt

I legemiddelhåndteringsforskriften som ble gjort gjeldende fra april 2008 er virksomhetsleder tillagt ansvaret for å sørge for at det finnes personell med tilstrekkelig og nødvendig kompetanse til å utføre oppgavene på en forsvarlig måte. Den enkelte ansattes kompetanse skal vurderes individuelt, og virksomhetsleder skal også sørge for at personellet får tilstrekkelig opplæring.

Det er derfor bekymringsfullt at det ved begge typer tilsyn med kommunenes legemiddelhåndtering ble påvist såpass mye uklarhet og mangler ved virksomhetsleders ansvar og faglige kompetanse og ved sentrale oppgaver som opplæring og etablering og oppdaterting av prosedyrer.

På høy tid å implementere regelverk som kom i 2008

Ved sjølmeldingstilsynet fant mange kommuner selv ut at de ikke hadde oppdatert sine prosedyrer i henhold til forskriften som kom i 2008. Dette er alvorlig fordi denne forskriften nettopp flyttet mye ansvar over på virksomhets-

leder, bl.a. vurdering av hvilket helsepersonell som kan tillegges ulike oppgaver innenfor legemiddelhåndtering. At en del kommuner ikke følger med på om det kommer nytt regelverk og sørger for å ajourføre egne prosedyrer på et såpass risikofylt område som legemiddelhåndtering, er urovekkende.

Sjølmeldingstilsynet – et tiltak kommunene brukte godt

Kommunene skulle ved dette tilsynet vurdere egen praksis opp mot gjeldende lovkrav i en tilsendt ”fasit” og melde fra til Helsetilsynet i fylket om hva de fant og hvordan de ville rette opp eventuelle mangler. Erfaringene fra dette første årets utprøving av sjølmeldingstilsynet tyder etter vår vurdering på stor innsats i kommunene for å bruke denne tilsynsmetoden i eget forbedringsarbeid.

Alle er tjent med at feil i legemiddelhåndteringen brukes til å lære av

Tilsynet viste også at en del av kommunene i liten grad brukte meldinger om feil og avvik i sitt eget forbedringsarbeid. Å oppdage at man har delt ut feil legemiddel til en pasient, eller har kommet i skade for å gjøre andre feil ved istandgjøringen eller utdelingen av legemidler, er en dramatisk og alvorlig opplevelse for helsepersonell. For alle parter er det viktig at slike hendelser blir aktivt brukt til å forebygge at noe lignende skjer igjen.

Kommunene må tilrettelegge mer aktivt for samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene

Kommunen har en viktig rolle i tilrettelegging av et godt og hensiktsmessig samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Tilsynet tyder på at en del kommuner kan innta en mer aktiv rolle også på dette området. Pasienter som trenger hjelp til å få tatt legemidlene sine, er ofte såpass skrøpelige at de ikke kan klare å fungere som bindeledd mellom sin egen fastlege og dem som kommer hjem til dem og deler ut legemidlene. Kommunen må se sitt ansvar som tilrettelegger på systemnivå og bistå med at den enkelte pasient får nødvendig legetilsyn.



5 Forebygging og behandling av underernæring

Pleietrengende eldre er en gruppe som har særlig risiko for å utvikle underernæring. Studier har vist at mange eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten er underernært eller står i fare for å utvikle underernæring. Underernæring kan gi redusert motstand mot infeksjoner, forverre fysisk og mental funksjon, redusere livskvaliteten og øke dødeligheten.

I juni 2009 ga Helsedirektoratet ut Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)¹⁴. Retningslinjene gir uttrykk for hva som anses som god praksis på området på utgivelsestidspunktet, og de omfatter både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Formålet med dette tilsynet var å undersøke om kommunene ivaretok forebygging og behandling av underernæring hos eldre som mottok helse- og sosialtjenester. Helsetilsynet i fylkene/fylkesmennene bestemte selv om de ville gjennomføre tilsynet i sykehjem eller i hjemmetjenesten.

5.1 Hva undersøkte tilsynet om kommunens tiltak mot underernæring?

For at ernæringsarbeidet ikke skal være overlatt til tilfeldighetene må kommunene ha planlagt, organisert og styrt sine tjenester på en slik måte at de tilfredsstiller krav til forsvarlig ernæringsarbeid. Kravene som ble stilt til kommunen i dette tilsynet bygger i stor grad

på anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene.

Når hjemmetjenesten eller sykehjemmet får nye brukere må det være klart for ansatte hvordan de skal gå fram for å kartlegge og vurdere om brukeren har tilfredsstillende inntak av mat og drikke, om hun eller han står i fare for å utvikle underernæring, eller allerede er underernært. Har en bruker et ernæringsproblem må de ansatte også vite hvordan videre utredning skal foregå, de må igangsette ernærings tiltak og evaluere disse. Nødvendig samhandling med lege må sikres, og det må være en klar plassering av ansvar og en tydelig fordeling av de ulike arbeidsoppgavene. Prosedyrer og innarbeidet praksis må være kjent og bli brukt av de ansatte, og ledelsen må følge med på at interne retningslinjer blir etterlevd og har ønsket effekt.

Kompetanse om ernæringsfeltet er viktig for at arbeidsoppgavene skal bli ivare tatt på en forsvarlig måte. Ledelsen må derfor sørge for at ansatte får opplæring og tilført nødvendig kompetanse. Nye faglige retningslinjer må bli gjort kjent for de ansatte.

Kommunens ledelse må også legge til rette for og følge med på at nødvendige og relevante opplysninger om brukernes ernæringsforhold blir dokumentert. Det må fremgå hva som er kartlagt og utredet, samt hvilke vurderinger som er gjort. Konkrete ernærings tiltak som er igangsatt og evaluering av disse må også fremkomme.

14) Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. IS-1580.

Ledelsen må skaffe seg oversikt over sårbare områder og hvor det kan være fare for at noe svikter når det gjelder å ivareta brukernes ernæringsbehov. De må også ha et system for å melde om uønskede hendelser og feil, og bruke meldingene til systematisk forbedring av tjenestene.

5.2 Funn fra tilsynet: Mangelfulle tiltakene mot underernæring

Tilsynet ble gjennomført i 21 kommuner i sju fylker. I 17 kommuner ble hjemmetjenestens tiltak på ernæringsområdet undersøkt, i to kommuner var det tiltak i sykehjemmet som ble undersøkt. I ytterligere to kommuner ble tiltak i både hjemmetjenesten og på sykehjemmet gjenstand for tilsyn. Det ble påvist brudd fra aktuelle lovkrav (avvik) i 14 kommuner.

5.2.1 Etablert og kjent praksis manglet

I alle de 14 kommunene hvor det ble konkludert med avvik, fant tilsynet at det var store mangler i det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring hos eldre som mottok sosial- og helsetjenester. De aller fleste kommunene manglet en innarbeidet og kjent praksis for å kartlegge og vurdere ernærings situasjonen hos nye brukere. Mange steder var det heller ikke beskrevet eller avklart hvordan det videre arbeidet med å utrede ernæringsproblemer, sette i verk individuelle ernærings tiltak og evaluere disse skulle gjøres, her illustrert ved funn fra én kommune:

”Det foretas ikke en systematisk kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko ved oppstart av hjemmesykepleie.

Det foretas ikke systematisk utredning og iverksetting av eventuelle tiltak for å forebygge og behandle underernæring der risiko for underernæring er identifisert.

Det foretas ikke systematisk evaluering og justering av iverksatte tiltak for å forebygge og behandle underernæring.”

Noen få kommuner hadde skriftlige prosedyrer for området ernæring, men de var enten mangelfulle eller ikke kjent og brukt av ansatte i tjenesten. Ledelsen fulgte heller ikke alltid med på at prosedyrer eller innarbeidet praksis ble brukt og at de fungerte hensiktsmessig.

”Det foreligger rutiner for forebygging, behandling og oppfølging av ernæringsmessig risiko, men disse rutinene er i svært liten grad kjent eller i bruk blant pleiepersonell og leger.”

Når det ikke finnes klare rutiner for hvordan brukere med ernæringsproblemer skal fanges opp, overlates mye til tilfeldighetene og til den enkelte ansatte. Det øker sannsynligheten for at brukere med ernæringsproblemer overses, og dermed ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Ernæringsproblemene vil da kunne vedvare og forverres, og i neste omgang virke negativt inn på brukerens helse.

5.2.2 Få tiltak for å sikre kompetanse om ernæring

Tilsynet viste at ledelsen i de aller fleste kommunene ikke hadde sørget for nødvendig kompetanse hos sine ansatte. Ledelsen hadde ikke vurdert om det var behov for å heve kompetansen på området, ansatte hadde ikke fått opplæring i oppgaver de skulle ivareta, og det var heller ikke etablert internundervisning eller andre arenaer for kunnskapsoverføring.

”Dei tilsette som skal utføre kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko har ikkje tilstrekkeleg kompetanse til å ivareta oppgåva fagleg forsvarleg. Dette gjeld og kompetanse om bruken av kartleggingsverktøy. Tilsette har heller ikkje tilstrekkeleg kompetanse om korleis forebygging og behandling av underernæring skal gjennomførast. Leiinga har ikkje oversikt over den manglande kunnskapen på dette området.”

I mange kommuner var de nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring lite kjent eller ikke kjent i det hele tatt. Ledelsen hadde ikke tatt initiativ til å gjennomgå dem eller på annen måte gjøre dem kjent for de ansatte.

Har ansatte for lite kunnskap om ernæring, vil det kunne føre til at tiltak som settes i verk for den enkelte bruker med ernæringsproblem ikke er riktige eller tilstrekkelige, og at brukerne ikke følges tett nok opp. Ernæringsproblemet og de uheldige konsekvensene det medfører kan da fortsette, og også forsterke seg.

5.2.3 Mangelfull dokumentasjon – og dokumentasjon spredd på ulike steder

I nesten alle av de 14 kommunene hvor det ble påpekt avvik var dokumentasjonen mangelfull, og den kunne være spredd på flere steder. Nedtegnelser i ulike permer, mapper og lignende ble ikke alltid gjenfunnet i brukers hovedjournal. Tilsynet avdekket i disse kommunene at ledelsen ikke hadde gitt føringer for hva som skulle dokumenteres og hvor nedtegnelsene skulle gjøres. Noen observasjoner om matinntak og lignende kunne være dokumentert, men ikke nødvendigvis etterfulgt av vurderinger og konklusjoner om eventuelle tiltak. Det kunne også være lite dokumentasjon om igangsatte ernæringstiltak og evaluering av disse.

”I flere journaler er det opprettet tiltaksområde om ernæring, men ikke beskrevet som en plan med mål, tiltak og evaluering. Mange journalnotater under ulike tiltaksområder inneholdt observasjoner om ernæring uten at det var foretatt nødvendige vurderinger og konklusjoner om oppfølging og tiltak. Det som diskuteres og besluttet i rapportmøte blir ikke rutinemessig dokumentert.”

Ofte må mange ansatte bli involvert når det settes i gang ernæringstiltak for den enkelte bruker med ernæringsproblemer. Dokumentasjon blir da viktig for å sikre at alle involverte til enhver tid vet hvilke ernæringsmessige tiltak som er planlagt, gjennomført, evaluert og

eventuelt justert. Hvis involverte ikke har tilgang til denne informasjonen, er det stor sannsynlighet for at hjelpen ikke blir gitt som planlagt, og effekten av tiltakene vil da bli dårligere.

5.2.4 Ikke alle vurderer risiko eller lærer av egne feil

I omtrent halvparten av kommunene hvor det ble påvist avvik var det ikke foretatt en risikovurdering av tjenestenes arbeid med forebygging og behandling av underernæring. Ledelsen hadde dermed heller ikke oversikt over områder hvor det var fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

”Risiko- og sårbarhetsanalyser og jevnlig gjennomgang av internkontrollen foretas ikke.”

Funnene viste at kommunene stort sett hadde et system for å melde om uønskede hendelser og feil i tjenesteytingen. Men i praksis fungerte ikke systemet godt. I flere kommuner var det ikke klart for de ansatte når det skulle meldes avvik på området ernæring. Det ble tydeliggjort ved at det i mange av kommunene ikke fantes avviksmeldinger i det hele tatt om ernæring. I flere kommuner ble heller ikke avviksmeldinger benyttet systematisk til forbedring av praksis.

”Det er ikke tatt stilling til kva som er eit avvik i arbeidet med forebygging av underernæring i heimetenesta. Det er ikkje meldt avvik om ernæring.”

Hvis ledelsen unnlater å vurdere hvor faren for svikt i tjenesteytingen er stor, har de også et dårlig grunnlag for å sette inn forebyggende tiltak. Faren for at det skjer feil og at uønskede konsekvenser oppstår vil da være større. Erfaringer fra egne feil og nesten-feil må brukes for å forbedre tjenestene som ytes, hvis ikke kan de samme uønskede situasjonene oppstå gang etter gang.

5.3 Statens helsetilsyns vurdering

Etter Statens helsetilsyns oppfatning er det en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer ikke blir fanget

opp av kommunens tjenesteapparat, og dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Og *blir* brukere med ernæringsproblemer fanget opp, kan mangelfull kompetanse og dokumentasjon medføre at hjelpen som blir gitt til den enkelte ikke er tilstrekkelig, og dermed ikke vil avhjelpe ernæringsproblemene. Den uheldige innvirkningen på helsesituasjonen vil da fortsette og også kunne forverre seg.

Hovedinntrykket fra dette tilsynet er at mange kommuner har mye å ta tak i og jobbe med fremover for å sikre at behovet for riktig ernæring blir ivaretatt for eldre tjenestemottakere. Kommunens ledelse må blant annet sørge for at Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring blir kjent og anbefalingene der tatt i bruk.



6 Rehabiliteringstilbud i sykehjem

Rehabilitering har vist seg å gi effekt også hos eldre som er blitt funksjonshemmet som følge av aldring i en kombinasjon med en eller flere sykdommer¹⁵. For pasienten er mulighet til å gjenvinne og bevare evnen til egenomsorg grunnleggende for opplevelsen av verdighet og selvrespekt.

Målsettingen om å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må alltid ses i sammenheng med pasientens livssituasjon, forutsetninger og behov. Gode rehabiliteringstiltak kan gi viktige forbedringer for noen funksjoner selv om personen fortsatt vil være avhengig av hjelp på andre områder. For en sykehjemspasient kan en vellykket rehabilitering innebære at hun eller han forbedrer egen funksjon og mestringsevne ved i større grad å kunne ivareta personlig stell og delta i sosiale aktiviteter i og utenfor sykehjemmet.

Det har ikke tidligere vært gjennomført landsomfattende tilsyn med rehabiliteringstilbudet til eldre i sykehjem. Tilsyn med sykehjemmenes rehabiliteringstilbud i noen fylker i 2006-2009 viste at tilbudet hadde mangler bl.a. når det gjaldt ansvars- og oppgavefordeling, tverrfaglig samarbeid, faglig kompetanse og tilbud om fysioterapi. Dette var noe av bakgrunnen for at rehabilitering i sykehjem ble tatt med som temaområde i det landsomfattende tilsynet i 2010.

Tilsyn med rehabiliteringstilbudet til eldre i sykehjem ble foretatt i til sammen åtte kommuner i tre fylker. Brudd på lovkrav (avvik) ble påvist i sju sykehjem.

6.1 Hva undersøkte tilsynet ved kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem?

Pasienter på sykehjem har rett til å få tilbud om rehabilitering hvis dette er å betrakte som nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven. Dette gjelder uavhengig av om de er på korttids- eller langtidsopphold, og uavhengig av formålet med oppholdet. Ved dette tilsynet ble det undersøkt om kommunen hadde tiltak som ivaretok nødvendig rehabilitering til eldre som bor midlertidig eller permanent på sykehjemmet.

Kommunen må sørge for kjent og etablert praksis

Enten pasienten blir lagt inn for et rehabiliteringsopphold eller på andre typer korttidsopphold eller langtidsopphold, må sykehjemmet ha en kjent og innarbeidet praksis for hvordan behovet for nødvendig rehabilitering skal fanges opp og vurderes. Sykehjemmet må sørge for å ha tilstrekkelig informasjon om nye pasienter til å vurdere behovet for rehabilitering, og om nødvendig innhente ytterligere informasjon hvis den er mangelfull.

De ansatte må vite hvordan en plan for rehabilitering med mål, tiltak,

15) Valen-Sendstad A, Rø OC, Laake K. Medisinsk rehabilitering i sykehjem – effekt på funksjon og forbruk av tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:678-81

evaluering og avslutning skal utformes. Videre må det også være avklart hvem som har ansvar for å gjennomføre planen, og hvordan det tverrfaglige samarbeidet skal fungere i det daglige arbeidet.

Rehabilitering må foregå på en måte som innebærer reell tverrfaglighet og brukermedvirkning i alle ledd.

Nødvendig og relevant tverrfaglig informasjon om pasienten og rehabiliteringsprosessen er viktig for at alle aktører til enhver tid kan vite hva som er planlagt og hva som er gjennomført. Ledelsen må gi føringer for hvordan og hvor informasjonen skal nedtegnes.

Ledelsen må sørge for at rutinene er kjent og blir brukt av alle involverte. De må også jevnlig se til at rutinene blir evaluert for å vurdere om de fungerer hensiktsmessig og sikrer forsvarlig praksis. Ved behov må de endres.

Planlegge, organisere og styre – et lederansvar

Kommunens ledelse har ansvar for å planlegge, organisere og styre sin virksomhet. Det innebærer blant annet at de må foreta en risikovurdering av rehabiliteringstilbudet de gir til eldre i sykehjem. Det inkluderer å spørre seg hvor det er sårbare punkter og hva de kan gjøre for å forebygge at uønskede hendelser og feil oppstår når det gjelder rehabiliteringstilbudet.

Videre må de sørge for å ha tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse om rehabilitering av eldre mennesker. Ansatte må få opplæring slik at de har nødvendige ferdigheter og kunnskap til å ivareta sine arbeidsoppgaver. Ledelsen må sørge for at ansatte har rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta tverrfaglighet i rehabiliteringsarbeidet og å gi forsvarlig rehabilitering til eldre på sykehjem.

Kommunen må lære av uønskede hendelser og feil i egen virksomhet. Det forutsetter et system for å melde om avvik. Meldingene må brukes på en strukturert måte for å forbedre egen praksis.

6.2 Funn fra tilsynet: Lite tverrfaglighet i sykehjemmenes rehabilitering

Mange av de åtte kommunene hadde ikke prosedyrer eller etablert praksis som sikret at pasientens rehabiliteringsbehov ble kartlagt og utredet, at det ble utarbeidet en rehabiliteringsplan, at planen ble gjennomført og evaluert, og at tiltak ble avsluttet. Ett funn beskrev det slik:

”Det blir ikke foretatt en systematisk kartlegging eller vurdering av behovet for rehabilitering.”

I de sju kommunene hvor det ble påvist avvik, var det mangler ved det tverrfaglige samarbeidet. Særlig var det ikke godt nok tilrettelagt for medvirkning fra lege og fysioterapeut.

Det kunne gå lang tid før nye pasienter ble vurdert av lege. Noen steder ble ikke alle pasienter innlagt på korttidsopphold tilsett av lege. I halvparten av kommunene ble tverrfaglige møter holdt uten at lege vanligvis deltok. I noen kommuner var det også uklart om det var sykehjemslegen eller fastlegen som hadde behandlingsansvar for pasienter på korttidsopphold.

”Det er ikkje etablert rutine/praksis for å gjennomføre medisinsk vurdering ved innkomst for korttids- og rehabiliteringsopphald og før utreise. Det er ikkje etablert rutine/praksis for at lege deltek i tverrfaglege funksjonsvurderingar.”

”Det er ulike oppfatningar av om det er sjukeheimslege eller fastlege som har behandlingsansvar for pasientar som er innlagt på korttids- og rehabiliteringsplass.”

Fysio- og ergoterapitjenesten var i alle kommunene organisert i en annen enhet enn sykehjemmet. Mange steder måtte sykehjemmet derfor sende henvisning til en annen enhet i kommunen som vurderte behovet for fysio- og ergoterapi. Funnene viste at dette kunne forsinke oppstart av fysioterapivurdering og -behandling.

”Avdelingene sender henvisning til Familie og Helse for vurdering av behov for fysioterapi. Journalgjennomgang viser at det kan gå over en uke fra henvisningen er sendt til pasienten tilses av fysioterapeut.”

Som i mange andre tilsyn ble det avdekket mangelfull dokumentasjon av pasientopplysninger. Nedtegnelsene ble ført ulike steder og de ulike faggruppene skrev i noen sykehjem i ulike dokumentasjonssystemer. Eksempel på funn var:

”Dokumentasjonssystemet består av flere deler:

- *pleiepersonalet skriver i Geric*
- *en av legene skriver i Geric, den andre i egen papirjournal*
- *ergoterapeut skriver i Geric*
- *fysioterapeuter har delvis håndskrevet journal i egne permer på kontoret*
- *pleieplan/rehabiliteringsplan i papir på pasientrom, evt. ved oppslag. Disse er ikke alltid å gjenfinne i journal.”*

I tillegg til å ha rett kompetanse, må de ulike faggruppene ha tilstrekkelig kapasitet til å utføre arbeidsoppgavene sine forsvarlig. I over halvparten av kommunene ble det gjort observasjoner som tydet på at kommunene hadde satt av for lite ressurser til å sikre faglig forsvarlig rehabilitering av eldre i sykehjem. Her er noen av funnene:

«Fysioterapeutene overlater deler av opptreningen til pleiepersonalet fordi de ikke har kapasitet til å følge opp. Pleiepersonalet har ikke alltid tid til å gjennomføre rehabiliterings tiltakene.”

”Lege har ikke tid til tilstrekkelig utredning av alle pasientene.”

6.3 Statens helsetilsyns vurdering

Funn fra tilsyn ved åtte sykehjem er et lite grunnlag for en samlet vurdering. Det står imidlertid fast at tilbudet i sju av de åtte kommunene ikke er innenfor gjeldende lovkrav. Statens helsetilsyn er bekymret for om det kan være

situasjonen i langt flere av landets kommuner.

Statens helsetilsyn vil derfor sterkt oppfordre kommunene til selv å vurdere sitt eget rehabiliteringstilbud til eldre i sykehjem. Spesielt bør kommunene vie oppmerksomhet til hvordan tjenestene er planlagt, organisert og styrt, og om de er i tråd med gjeldende regelverk. Spørsmål kommunens ledelse må stille seg er:

- Har kommunen vurdert hvor risikoen er størst for at det kan oppstå feil og uønskede hendelser, og på bakgrunn av dette iverksatt tiltak for å trygge tjenesten?
- Har kommunen etablert en praksis for hvordan ansatte skal ivareta arbeidsoppgavene knyttet til rehabilitering, og kjenner og følger alt involvert personell denne?
- Sikrer rutinen reell brukermedvirkning?
- Har kommunen planlagt med tilstrekkelig personell med riktig kompetanse? Sikrer organiseringen reell tverrfaglighet? Har ansatte rammevilkår som gjør det mulig for dem å utføre tjenestene forsvarlig?
- Har kommunen et dokumentasjonssystem som alle involverte vet hvordan de skal bruke? Er det klart for alle hva som skal dokumenteres hvor og av hvem?
- Følger kommunen med på at tjenesten ytes slik de har planlagt? Brukes avvikssystemer til å lære av egne feil og nesten-feil?



7 Kommunens saksbehandling av søknader om avlastning

Mange hjemmeboende eldre er avhengig av at nære pårørende gir omsorg og praktisk hjelp for å kunne bo i sitt eget hjem så lenge som mulig. En del av disse omsorgsgiverne er selv eldre mennesker. Belastningen på pårørende kan være så stor at avlastningstiltak er nødvendig for å holde ut over tid og for å kunne ivareta omsorgsoppgavene på en forsvarlig måte. Den kommunale helse- og sosialtjenesten har ansvar for å ivareta pårørendes behov for avlastning fra når omsorgsarbeidet er særlig omfattende og tyngende. Formålet med tilsynet i 2010 var å undersøke om kommunene ivaretar disse behovene gjennom en forsvarlig saksbehandling.

7.1 Hva undersøkte tilsynet ved kommunenes saksbehandling?

Tilsynet ble utført som en gjennomgang av skriftlig dokumentasjon fra kommunenes saksbehandling i 16 av landets fylker i til sammen 71 kommuner. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene undersøkte saker med vedtak som var representative for kommunens praksis på undersøkelsestidspunktet. Utvalget skulle så langt som mulig dekke saker der tiltak var innvilget, delvis innvilget eller avslått. Søknaden, saksutredningen, kartleggingsskjemaer som for eksempel IPLOS¹⁶, brev, vedtak og annen relevant dokumentasjon ble gjennomgått.

Krav til forsvarlig utredning

Tilsynet undersøkte om kommunene hadde gjort en *forsvarlig utredning* i samsvar med forvaltningslovens krav.

Utredningsplikten skal sikre at vedtaket blir truffet på riktig grunnlag og motvirke at utilstrekkelige og feilaktige opplysninger blir lagt til grunn.

Utredningen er ikke forsvarlig om ikke omsorgsyters situasjon og behov for avlastning er grundig belyst. Det vil si at utredningen både må vise hvilke oppgaver den pårørende gjør for å ivareta den gamles behov og hvilket omfang oppgavene har. Det vil si at omsorgsarbeidet og omsorgsbyrden skal beskrives. Det vil ofte være relevant å belyse eventuelle helseplager hos den pårørende, og å skaffe oversikt over hvilke andre muligheter for avlastning som finnes i omsorgsmottakerens og pårørendes nettverk.

Brukermedvirkning er en forutsetning for forsvarlig utredning. Retten til å medvirke betyr at både omsorgsmottaker og pårørende skal ha anledning til å komme med innspill og ønsker. Tilsynet undersøkte derfor om både omsorgsmottakerens og den pårørendes ønsker og synspunkter var blitt innhentet i forbindelse med utredningen.

I mange situasjoner kan omsorgsmottakers og omsorgsyters behov være sammenfallende i tid. Selv om behov for avlastning ikke kommer eksplisitt til uttrykk for eksempel i en søknad om korttidsopphold i sykehjem, må kommunen i sin utredning være oppmerksom på at det også kan foreligge et avlastningsbehov. Den må innhente nødvendige tilleggsopplysninger og avklare om vilkårene for rett til avlastning er

16) IPLOS: Individbasert Pleie og OmsorgsStatistikk.

oppfylt. Forvaltningslovens krav til forsvarlig saksbehandlingsprosess skal oppfylles.

Er behovet meldt muntlig skal kommunen gjøre en nedtegnelse, og legge dette til grunn videre i saksbehandlingen. Skriftlighet i saksbehandlingsprosessen er viktig for å ivareta søkers rettssikkerhet og sikre søkeren mulighet for å fremme en klage på vedtaket.

Krav til individuell vurdering

Tilsynet undersøkte også om kommunen ivaretar sosialtjenestelovens og forvaltningslovens krav om *konkret og individuell vurdering* av hver enkelte sak. Forenklet sagt innebærer dette at vurderingen ikke skal framstå som sjablongmessig og standardisert. Er det eksplisitt søkt om avlastning for pårørende, eller dersom saksutredningen har vist at pårørende har behov for avlastning, skal kommunen gjøre en selvstendig og individuell vurdering av dette. Det må framgå av vurderingen at tjenesten som kommunen tilbyr vil dekke behovet som er beskrevet i søknaden og utredningen, både i innhold og omfang. Det skal gå tydelig fram av kommunens vurdering av søknaden at omsorgsmottakeren ikke kan dra omsorg for seg selv og/eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Dette er vilkårene som sosialtjenesteloven setter for rett til tjenester.

Krav til begrunnede vedtak og informasjon om klagemulighet

Dette tilsynet dreier seg om saker der det er et krav at kommunen skal fatte enkeltvedtak. Tilsynet har undersøkt om vedtakene *tydelig viser* om søknaden er helt eller delvis innvilget, eller om den er avslått, og *om vedtaket er begrunnet* slik forvaltningsloven krever. Videre har tilsynsmyndigheten undersøkt om kommunen i vedtaket *informerer om klageadgang, klageinstans og klagefrist*.

Avslag på søknad om avlastning, delvis innvilgelse, eller innvilgelse av noe annet enn avlastning, skal alltid begrunnes. Begrunnelsen for vedtaket skal bygge på og referere til beskrivelsen av de faktiske forholdene som er kommet fram gjennom utredningen av

tjenestebehovene både hos omsorgsmottaker og omsorgsgiver. Den skal vise at vilkårene for å innvilge tjenester etter sosialtjenesteloven er innfridd, og at tjenesten som blir tilbudt, vil dekke tjenestebehovet, både innholdsmessig og i omfang. Med andre ord skal kommunen vise at tjenestetilbudet treffer og er forsvarlig. Forvaltningsloven presiserer at plikten til å begrunne vedtaket er absolutt dersom kommunen gir avslag eller bare delvis innvilger de tjenestene det er søkt om.

Vedtaket skal dessuten gi opplysninger om klageadgang, slik både forvaltningsloven og sosialtjenesteloven krever. Vedtak som innvilger hjelp, skal beskrive hvilken hjelp som er innvilget, når hjelpen skal ytes og hvor lenge hjelpen ytes.

7.2 Funn fra tilsynet: Mangelfull saksbehandling i kommunene

7.2.1 Pårørendes behov for avlastning ble ikke utredet

I følge tilsynsrapportene var det i 48 av 56 kommuner et gjennomgående funn at kommunene ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning. Rapporter fra tilsyn i ytterligere 15 kommuner var ikke innkommet da vi gjennomgikk materialet.

I mange tilfeller var omsorgsmottakers situasjon og behov dokumentert, men mange av tilsynsrapportene påpeker at disse beskrivelsene var knappe og fragmenterte. Det er ikke i samsvar med krav nedfelt i forvaltningsloven og sosialtjenesteloven.

Følgende sitat fra en tilsynsrapport illustrerer dette:

”Et gjennomgående funn er at saksbehandlingsprosessen preges av fokus på den eldres helsetilstand og omsorgsbehov, og i mindre grad omsorgsyters avlastningsbehov. For 23 av de 27 eldre personene foreligger IPLOS-opplysninger som gir et godt bilde av bistandsbehovet og omsorgsarbeidets tyngde.

Kommunens kartlegging av avlastningsbehovet fremstår som noe mer uklar. Pårørendes/omsorgsyters situasjon og behov for avlastning beskrives ofte med få ord i søknadene. Av de foreliggende søknadene er det bare et fåtall som alene inneholder tilstrekkelige opplysninger til å avklare om vilkårene for avlastning er oppfylt.”

Slik praksis skyldes trolig ikke at kommunen kjenner omsorgsmottakerens situasjon dårlig. Snarere tvert i mot beskriver mange av tilsynsrapportene en kommunal praksis som tilsier at det er jevnlig kontakt både mellom saksbehandler og personalet i hjemmetjenesten, og mellom saksbehandler og omsorgsmottaker og pårørende. Informasjon blir utvekslet muntlig i løpet av saksbehandlingsprosessen og i det daglige arbeidet for øvrig, men skriftliggjøres i beskjeden grad.

Følgende eksempel fra en av tilsynsrapportene belyser praksis ved saksbehandling i noen kommuner:

”XX kommune opplyste i e-post av 18.06.10 at kommunen ikke har oversendt søknader fra tjenestemottakerne fordi søknadene ikke eksisterer i form av et dokument/papir. (...) De aller fleste pleie- og omsorgstilbud utvikles (utvides) over tid. Denne utvidelsen skjer i de fleste tilfellene ved at pleie- og omsorgspersonellet observerer helsesvikt og økt omsorgsbehov hos brukerne. Disse observasjonene fører i sin tur til at tjenestetilbudet utvides eller suppleres/erstattes av et annet tilbud, uten at dette nødvendigvis fører til at formelt vedtak fattes.”

En fjerdedel av kommunene hadde ikke dokumentert brukervedvirkning i saksbehandlingsprosessen utover å beskrive at det hadde vært muntlig kommunikasjon og dialog. Det er dermed usikkert om den hjelpetrengendes og omsorgsyters ønsker og synspunkter er innhentet i forbindelse med utredningen.

Følgende eksempel fra en tilsynsrapport illustrerer dette poenget:

”I saker som gjeld avlastning til personar med stor omsorgsbyrde er det som hovudregel to partar; den hjelpetrengande og omsorgsytar. Før det vert treft vedtak om avlastning er det eit krav at heradet innhentar synspunkt frå begge partane i saka. Det går ikkje fram av dei saksdokumenta vi har mottatt at heradet har gjort dette.”

7.2.2 Sjablongmessige og standardiserte vurderinger

Det sier seg selv at når utredningene er mangelfulle, blir også grunnlaget for å gjøre individuelle vurderinger dårlig. I mer enn halvparten av kommunene påpekte fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene at de individuelle vurderingene enten var svært begrenset eller helt fraværende. Det framgikk ikke om tjenestens innhold og omfang sto i forhold til tjenestebehovet slik det var beskrevet i søknaden og utredningen. Igjen manglet selvstendige vurderinger av pårørendes behov for avlastning. I mange kommuner framsto vurderingene som standardiserte og sjablongmessige.

Eksempler fra tilsynsrapportene:

”XX kommunes vedtak framstår som standardiserte og omsorgsyters/pårørendes individuelle behov for avlastning synes lite kartlagt og vurdert.”

”Ingen av sakene der det forelå uspesifisert søknad viste at individuelle vurderinger lå til grunn for valg av lengde på tildelt avlastnings/korttidsopphold. Vi kunne ikke se at kommunen hadde vurdert og tatt stilling til hvorvidt det innvilgede oppholdet ville dekke det konkrete avlastningsbehovet.”

7.2.3 Mangelfulle vedtak og uklårheter om klagemuligheter

En grundig utredning av både omsorgsmottakers og omsorgsgivers situasjon og behov er en forutsetning for individuelle vurderinger og velbegrunnede vedtak som er i tråd med forvaltningslovens og sosialtjenestelovens bestemmelser. Når utredningen har vært så

vidt mangelfull og skjematisk som påvist i dette tilsynet, gir det seg selv at heller ikke vedtakene blir godt begrunnet og hjemlet riktig. I 41 av 56 kommuner fant ikke fylkesmennene og Helse-tilsynet i fylkene begrunnelser for at søknader bare var delvis innvilget.

Eksempler på delvise innvilgelser kunne være at korttidsopphold ble gitt i et annet tidsrom enn det ble søkt om, eller for et kortere tidsrom enn det ble søkt om. Det var også eksempler på at tjenesten som ble innvilget, hadde en annen innretning enn det var søkt om, for eksempel at vedkommende fikk innvilget et avgrenset korttidsopphold for to uker når det var søkt om rullerende opphold. (Rullerende opphold innebærer at avlastningen er lagt opp slik at omsorgsmottakeren kan være hjemme i to uker og på sykehjem i to uker etter en fast plan.)

Et eksempel som viser dette:

”Flertallet av de gjennomgatte vedtakene tilfredsstillende ikke forvaltningslovens krav til innhold.

Observasjoner:

- *Bare et fåtall av sakene inneholdt opplysninger om de faktiske forholdene i saken, og der slike opplysninger fantes, var disse svært sparsomme.*
- *I vedtakene der kommunen hadde konkludert med at søknad om avlastningsopphold for omsorgstrengende ble innvilget, men at han/hun ble satt på venteliste som følge av mangel på ledige plasser, var lengden på det tildelte oppholdet ikke angitt i vedtaket, og det ble heller ikke angitt noen maksimal ventetid. Vedtakene inneholdt videre ingen opplysninger om at kommunen hadde tatt stilling til om det i det konkrete tilfellet var forsvarlig å vente.*
- *I de fleste vedtakene der det ble tildelt spesifisert korttids- eller avlastningsperiode fantes ingen opplysninger om hvorfor kommunen mener at den innvilgede ytelsen dekket behovet på en forsvarlig måte.”*

Gjennomgående fant tilsynsmyndigheten få eksempler på avslag i saks-materialet. De få avslagene som var gitt, var som oftest ikke begrunnet. Dette er i strid med forvaltningslovens bestemmelser.

I svært mange av tilsynene ble det funnet vedtak som var hjemlet i feil lovverk. Vedtak om tildeling av avlastning skal hjemles i sosialtjenesteloven, men i dette tilsynet var det vanlig å finne vedtak om avlastning som var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Dette kan henge sammen med mangelfull forståelse av lovgivningen på området.

Det er et krav i lovgivningen at kommunen i vedtakene skal gi informasjon om søkerens rett til å klage på vedtaket og om hvem som er klageinstans. Også denne delen av saksbehandlingen var feilaktig eller ufullstendig i nærmere halvparten av kommunene som var omfattet av tilsynet.

7.3 Statens helsetilsyns vurdering

Mangelfull saksbehandling – et rettssikkerhetsproblem

Dette tilsynet har tydelig vist at forsvarlig saksbehandling ved tildeling av kommunale pleie- og omsorgstjenester fortsatt ikke er en selvfølge.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har hatt et betydelig tilsynsvolum knyttet til kommunale helse- og sosialtjenester gjennom hele 2000-tallet. Saksbehandling og håndtering av henvendelser og søknader, inklusive utredning av hjelpebehov, har på ulike måter vært tilsynsystema i hele perioden. Gang på gang har tilsynsmyndigheten fastslått mangelfull saksbehandling. Mye tyder på at dette kan være et rettssikkerhetsproblem i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

I dette tilsynet påpekte tilsynsmyndigheten forhold som strider mot forsvarlig saksbehandlingspraksis i 48 av 56 kommuner. Det var et gjennomgående funn at kommunene ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning, noe som betyr at

omsorgsmottakere og deres pårørende ikke får vurdert sine tjenestebehov slik lovgivningen forutsetter. Det kan også bety at de ikke får det tjenestetilbudet de har rett til. Det er alvorlig slik Statens helsetilsyn vurderer det.

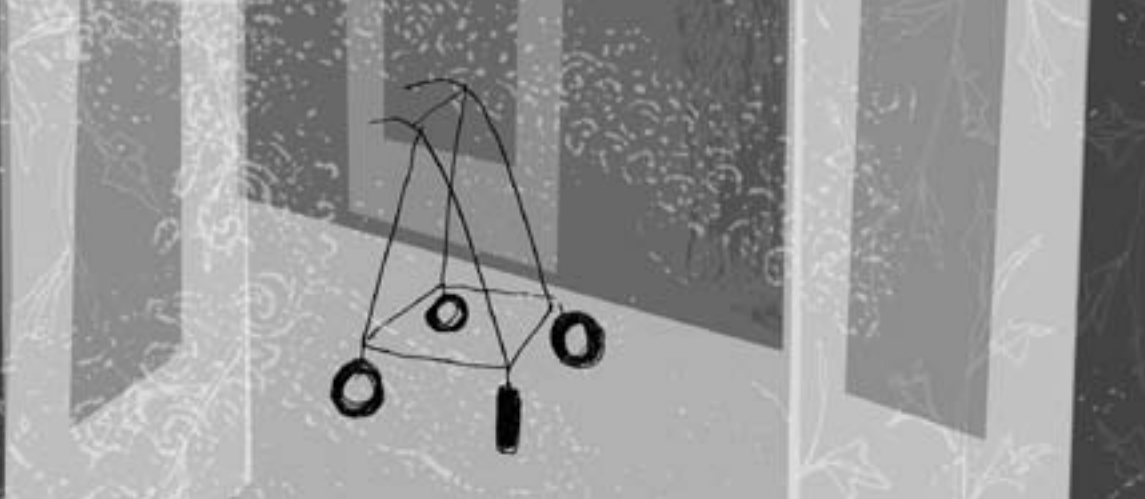
Kommunene som har vært omfattet av dette tilsynet, har en jobb å gjøre for å få på plass det som skal til for at saksbehandlingen knyttet til avlastning skal være forsvarlig. Det burde være opplagt at alle sider også ved den pårørendes situasjon skal utredes ved søknader om avlastning; enten avlastningsbehovet henger sammen med at vedkommende er sliten etter langvarig og omfattende omsorgsarbeid, eller at vedkommende har helsemessige problemer selv.

Regelverket er til for tjenestemottakernes beste

I samsvar med kravene i forvaltningsloven har tilsynsmyndigheten etterlyst en samlet utredning ved søknadsbehandling. Det er ikke godt nok når kommunene henviser til fortløpende muntlig kommunikasjon og dialog internt i tjenesteapparatet og med omsorgsmottaker og pårørende. Det er heller ikke godt nok når kommunen ikke kan dokumentere og sannsynliggjøre at det er gjort en konkret og selvstendig vurdering av hver enkelt søknad. Her er det tale om for dårlig praksis med hensyn til jevnlig statusgjennomganger hos omsorgsmottakeren, og om manglende rutiner for skriftliggjøring og dokumentasjon. Denne type praksis undergraver den enkelte tjenestemottakers rettssikkerhet og begrenser den enkeltes mulighet til å klage på vedtak.

Grundig utredning, individuell vurdering og velbegrunnede vedtak med god og korrekt informasjon om søkerens klagemuligheter er med å gi robust rettssikkerhet for omsorgsmottakerne og deres pårørende. Vedtakene er nærmest å betrakte som en varedeklarasjon som skal vise omsorgsmottakerne og deres pårørende hva kommunen har lagt til grunn for og lagt vekt på ved vurderingen av behov for og tildeling av tjenester. Det gir de som er part i saken, en mulighet for å ivareta egne interesser, stille spørsmål og fremme klage når de mener det er berettiget.

Tjenestene, tiltakene, behandlingen, bistanden og omsorgen som gis skal være gode og trygge for tjenestemottakerne og for deres pårørende. Hensikten med regelverket er å ivareta tjenestemottakernes interesser. For ledere og ansatte i de kommunale tjenestene bør regelverket betraktes som et hjelpemiddel der tjenestemottakernes beste er ledetråd. Forsvarlig saksbehandling er et sentralt element for å sikre at befolkningen får de kommunale helse- og sosialtjenestene de har behov for og rett til.



8 Uanmeldte tilsyn med "låste dører i sykehjem"

8.1 Uanmeldt tilsyn som virkemiddel

Vanligvis blir virksomhetene varslet i god tid om tilsyn, men det er ikke alltid slik. Tilsynsmyndigheten kan uten å varsle, eller på få timers varsel, reise ut og undersøke en avgrenset problemstilling på et gitt tidspunkt; det vil si gjennomføre et uanmeldt tilsyn. Formålet er å få et situasjonsbilde av enkelte sider ved praksis i virksomheten¹⁷.

I 2010 gjennomførte Helsetilsynet i sju av fylkene uanmeldte tilsyn i 25 kommuner i til sammen 37 virksomheter for å undersøke ulike sider ved tjenestetilbudet til eldre. Problemstillingene varierte og ble valgt med utgangspunkt i en lokal risikovurdering.

Nedenfor presenterer vi resultater fra uanmeldte tilsyn med "låste dører i sykehjem" som Helsetilsynet i fire fylker gjennomførte i 15 kommuner i til sammen 27 sykehjem.

I tillegg har Helsetilsynet i tre fylker undersøkt andre tema ved uanmeldt tilsyn (se også tabell 2 i kapittel 2.2):

- samtykkekompetanse og bruk av tvang hos demente pasienter i sykehjem
- legemiddelhåndtering i sykehjem og hjemmesykepleie
- om tjenestemottakere får dekket sine grunnleggende behov

Rapportene fra disse tilsynene kan leses på www.helsetilsynet.no.

8.2 Pasientrettighetsloven kapittel 4A om retten til å holde personer uten samtykkekompetanse tilbake i institusjon

Beboere på sykehjem har i utgangspunktet rett til å bevege seg fritt i og utenfor sykehjemmet. Men noen av beboerne kan, for eksempel på grunn av demens, forville seg ut av sykehjemmet med fare for å bli alvorlig skadet i trafikken, mens andre kan bli alvorlig skadet eller omkomme fordi de ikke er i stand til å finne tilbake til sykehjemmet eller oppsøke nødvendig hjelp.

Pasientrettighetsloven kapittel 4A åpner for at pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, kan holdes tilbake i sykehjemmet på nærmere vilkår dersom det er påkrevet for å hindre vesentlig helseskade.

Vedtak om helsehjelp som innebærer tilbakeholdelse i form av låste dører må treffes etter en konkret vurdering av den enkelte pasienten. Utgangshindrende tiltak kan likevel gjelde flere beboere i en avdeling eller på et sykehjem. Holdes dørene av praktiske årsaker låst, må det sikres fri utgang for de beboerne som det ikke er truffet bevegelsehindrende tiltak overfor.

I disse tilsynene undersøkte tilsynsmyndigheten beboeres muligheter for å bevege seg fritt. I sykehjem hvor dørene ble låst, ble det et spørsmål om det var gjort individuelle vurderinger av beboernes mulighet for å låse opp selv, eventuelt om sykehjemmet hadde

17) Nærmere omtale av uanmeldt tilsyn som tilsynsmetode finnes i rapportens appendiks.

rutiner for å sikre at pasientene kunne forlate institusjonen eller fikk tilgang til fellesareal når de ønsket det. Om beboerne ikke kunne bevege seg fritt, ble det videre et spørsmål om sykehjemmet hadde hjemmel for gjøre slike innskrenkninger og om det var fattet vedtak.

8.3 Funn fra tilsynet: Låste dører og begrensninger i beboernes bevegelsesfrihet

I 18 av 27 sykehjem fant Helsetilsynet i fylkene at det var vanlig praksis å låse utgangsdører, dører til fellesareal, hageareal og gjennomgangsrom uten at pasientenes samtykkekompetanse var vurdert og uten at det var fattet individuelle vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. De løsninger og ordninger som fantes, var som oftest av kollektiv art og gjaldt for alle beboerne, uavhengig av den enkeltes behov for helsehjelp, herunder pleie og omsorg, tilsa at låsing av dører var nødvendig. Slik praksis er ikke i tråd med lovgivningen.

Følgende sitat fra en tilsynsrapport illustrerer noen observasjoner:

”Kommunen har ikke sørget for at XX sykehjem fatter vedtak når pasienter uten samtykkekompetanse tilbakeholdes. (...) Alle dørene inn i avdelingene samt dører til utearealer var låst. Alle dører ut av avdelingene måtte åpnes med fire-sifret kode. Det fremkom at det ikke var gjort noen risikovurdering for om det var behov for låsing av dører, men dørene ble automatisk holdt låst i 1. og 4. etasje. Det var ikke etablert prosedyrer for låsing av dører, verken skriftlig eller muntlig.”

I mange av sykehjemmene kjente medarbeiderne til at det kreves hjemmel i lov for å holde dørene låst. Likevel var det i de færreste av sykehjemmene gjort konkrete vurderinger og fattet vedtak for den enkelte beboer, slik lovgivningen krever. Det innebærer at beboere kunne bli holdt tilbake mot sin vilje og at den enkeltes bevegelsesfrihet ble ulovlig begrenset. I enkelte av sykehjemmene

var det gjort risikovurderinger av om det var aktuelt med tvangstiltak i forhold til noen av beboerne, men heller ikke her ble dette fulgt opp med nødvendige vedtak og endring av praksis.

“Skal vi slippe folk ut midt på vinteren uten klær?” Helsetilsynet i Aust-Agder ble møtt med dette spørsmålet da de gjennomførte dette tilsynet i 15 sykehjem i fylket. Også i flere av de andre sykehjemmene som var omfattet av dette tilsynet, påpekte medarbeiderne at det kan være gode grunner for å holde dører låst. Beboere kan falle, gå seg bort eller på andre måter komme ut for situasjoner og hendelser med svært alvorlig utfall for helsen. Likevel var det gjennomgående i disse tilsynene at de nødvendige vurderingene ikke var gjort og vedtak ikke var fattet for den enkelte.

8.4 Statens helsetilsyns vurdering

Pasientrettighetsloven kapittel 4A trådte i kraft 1. januar 2009. I denne forbindelse gjennomførte Helse- direktoratet i samarbeid med fylkesmennene en omfattende informasjons- og opplæringskampanje for å sette virksomheter som gir helsetjenester, i stand til å følge lovgivningen på det aktuelle området.

Problemstillingene som er undersøkt i disse tilsynene, er både faglig, etisk og juridisk krevende, og ikke minst er det utfordrende for kommunene å finne praktiske løsninger. Forholdsvis få sykehjem er omfattet av dette tilsynet. Funnene er allikevel, slik Statens helsetilsyn ser det, en indikasjon på at bevisstheten om og kjennskapet til disse sentrale lovbestemmelsene ennå ikke er god nok. Selv om hensikten kan være den beste, har tilsynet avdekket et at sykehjem går utover hva de har rettslig adgang til når det gjelder å begrense pasienters bevegelsesfrihet. Det er særlig alvorlig at det er iverksatt kollektive tiltak som begrenser samtlige beboeres bevegelsesfrihet.



9 Samlet vurdering fra Statens helsetilsyn

9.1 Tilsyn for tryggere tjenester

Tilsyn skal medvirke til at svikt i tjenestene forebygges og gjennom dette bidra til å skape trygge tjenester. Statens helsetilsyn har vært opptatt av at tilsynet i 2010 skulle være en bred og samlet innsats rettet mot kommunens tjenester til særlig sårbare eldre tjenestemottakere. Dette er eldre som på grunn av kroniske sykdommer og generelt funksjonsfall har omfattende og sammensatte hjelpebehov og i liten grad er i stand til å ivareta egne interesser. Tema og tjenesteområder for den kommunale delen av vår satsing på tilsyn med tjenester til eldre ble valgt ut fra hva vi kjente til om tjenesteområder med stor risiko for svikt. Vi bygget her på kommunikasjon med aktuelle fagmiljøer og på våre egne tilsynsaktiviteter gjennom flere år.

Samlet sett ble det avdekket brudd på lovkrav i om lag to tredjedeler av tilsynene. Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen har forsikret seg om at de aktuelle kommunene har satt i gang tiltak for å rette opp de forholdene som ble påpekt. Det er derfor god grunn til å tro at tilsynet derved har bidratt til tryggere tjenester for sårbare grupper av eldre i disse kommunene.

Det er grunn til å anta at de brudd på lovkrav som tilsynet har påvist, også kan forekomme i andre kommuner. Et viktig formål med denne rapporten er at den skal være til nytte for kommuner som selv ønsker å gjennomgå og om nødvendig forbedre de delene av sitt tjenestetilbud som dette tilsynet

omfattet. For å gi mulighet til ”læring av andres feil” har vi tatt med i rapporten både en detaljert omtale av hva vi undersøkte med utgangspunkt i gjeldende lovkrav, hva vi gjorde av funn som ga grunnlag for å konkludere med at disse kravene ikke var oppfylt, og våre vurderinger av konsekvensene for tjenestetilbudet og -mottakerne.

Funnene fra dette tilsynet peker samlet sett mot noen vesentlige forhold som er av betydning for alle landets kommuner og for sentrale myndigheter som arbeider med tiltak som skal sikre trygge sosial- og helsetjenester til eldre.

9.2 Rettssikkerheten må ivaretas

Den enkelte brukers rettmessige krav på tjenester og kommunens plikt til å sørge for nødvendige sosial- og helsetjenester utgjør den formelle rammen som skal ivareta hans eller hennes rettssikkerhet. Dette tilsynet har hatt fokus på om eldre, som allerede er brukere av kommunens pleie- og omsorgstjenester, får den hjelpen de har krav på. Selv om denne gruppen av eldre allerede er fanget opp og kjent av hjelpeapparatet, er det flere forhold som tilsier at det er en risiko for at deres rettmessige krav på hjelp ikke blir imøtekommet. Å sørge for at rettssikkerheten blir ivarettatt overfor sårbare eldre med store hjelpebehov er en kontinuerlig utfordring for en hver kommune.

Mange i denne gruppen av eldre klarer ikke å melde fra om nye eller endrede

behov for tjenester. Noen av dem er på grunn av sykdom og funksjonssvikt heller ikke i stand til å erkjenne at de har behov for hjelp. Mange eldre er beskjedne på egne vegne. De er også i liten grad i stand til å oppdage at hjelpen de får ikke er hensiktsmessig og individuelt tilpasset, eventuelt at det skjer direkte feil.

Alle disse forholdene medfører at personellet i hjelpeapparatet må inneha nødvendig årvåkenhet og evne til å avdekke om brukeren har krav på hjelp som ikke er imøtekommet. De må også kunne fange opp nye eller endrede behov for tjenester. Ledelsen av tjenestene må sørge for at personellet har denne kompetansen, og at det er klart for alle hvordan endrede behov for tjenester skal registreres og behandles.

Dette var tilbakevendende problemstillinger ved alle temaene som inngikk i tilsynet i 2010.

9.3 Eldre må tilbys den hjelpen de har krav på

Det er lite trolig at det kun er eldre i de kommunene som inngikk i tilsynet som ikke alltid får ivaretatt sine rettmessige krav på sosial- og helsetjenester. Erfaringene fra dette tilsynet tilsier etter Statens helsetilsyn vurdering at alle kommuner kan ha en jobb å gjøre for å sikre at eldre som i liten grad selv er i stand til å fremme egne interesser, får den hjelpen de har krav på.

For eksempel var det i mange kommuner ikke innarbeidet en praksis med klar ansvarsfordeling og god nok opplæring av personellet slik at mulig utvikling av demens hos brukerne i hjemmetjenesten kunne bli identifisert og fulgt opp. Samarbeidet med fastlegene var heller ikke godt tilrettelagt fra kommunens side. Derved forsømmer kommunen sin plikt til å bidra til at hjemmesykepleiens pasienter får nødvendige legetjenester med sikte på utredning og behandling av sin sykdom. For nettopp denne pasientgruppen er dette særlig alvorlig, siden de ofte selv ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser og søke legehjelp.

Et annet gjennomgående funn var at kommunens hjemmetjeneste ikke sikret at ernæringsstatus ble kartlagt og vurdert hos nye brukere og at adekvate tiltak for å forebygge eller behandle underernæring ble igangsatt. Derved er det fare for at brukere med ernæringsproblemer ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat og drikke på en god nok måte.

Funnene fra tilsynet med kommunenes saksbehandling ved søknader om avlastning viste også at kommunen unnlater å tilby hjelp som omsorgsmottakere og deres pårørende har rettmessig krav på. Mange fikk ikke vurdert sine tjenestebehov slik lovgivningen forutsetter.

9.4 Tjenestene som tilbys må ha forsvarlig innhold og omfang

Tilsynet viste også at tjenestene som de eldre mottok fra kommunen i mange tilfelle var mangelfulle både når det gjaldt innhold og omfang. Gjennomgående viste alle tilsynene at kommunene har mange utfordringer når det gjelder å sikre at personellet som skal utføre tjenestene er godt nok kvalifisert for oppgavene. I mange kommuner var det ikke gitt tydelige føringer for hvordan oppgavene skulle utføres slik at omfang og innhold blir forsvarlig. Disse funnene mener vi har relevans også for de øvrige av landets kommuner.

For eksempel framkom det ved tilsynet som undersøkte kommunens tjenester til hjemmeboende eldre med demenssykdom at det i stor grad manglet ordninger og tiltak for å sikre kontinuitet og regelmessighet i tjenesteytingen. For nettopp denne brukergruppen av det vesentlig for en forsvarlig ivaretagelse av grunnleggende behov at tjenestene ytes med en rimelig grad av likhet hver gang, og at de slipper å forholde seg til stadig nye tjenesteutøvere.

Et annet eksempel er kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring. Tilsynet viste at selv om ernæringsproblemer ble fanget opp hos brukerne, førte mangelfull kompetanse hos personellet og dårlige ordninger for

dokumentasjon til en risiko for at hjelpen ikke var tilstrekkelig til å avhjelpe problemene.

Funnene fra tilsyn med hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering viste at det i mange kommuner ikke var sørget for at alt personell som delte ut medisiner hadde den nødvendige kompetansen som trengtes. Nødvendige og oppdaterte prosedyrer for å sikre at legemiddelhåndteringen foregikk forsvarlig var heller ikke på plass alle steder. Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene om pasientenes legemiddelbehandling hadde også mangler som kunne innebære at hjelpen ikke ble god nok.

9.5 Tjenestene må styres – personellet må ikke overlates til seg selv

Personellet i kommunenes sosial- og helsetjenester gjør hver dag en stor innsats for å imøtekomme sammensatte og ofte omfattende hjelpebehov hos eldre brukere av disse tjenestene.

Både i sykehjem og i hjemmetjenestene utgjør personell uten helsefaglig utdanning en viktig del av arbeidsstokken. Mange deltidsstillinger gjør at det ofte blir et stort antall personer som skal ivareta oppgavene. Mye vikarbruk er også en utfordring i mange kommuner.

Mye av hjelpen blir utført av enkeltpersoner hjemme hos den enkelte bruker. Det stiller store krav til personellens årvåkenhet, vurderingsevne og selvstendighet. Desto viktigere er det at personellet ikke opplever å bli overlatt til seg selv i hvordan de skal løse oppgavene og ivareta brukernes behov på en forsvarlig måte. For at eldre brukere av pleie- og omsorgstjenester skal få den hjelpen de har krav på og at hjelpens innhold og omfang skal være forsvarlig, er det av avgjørende betydning at kommunen oppfyller sine forpliktelser til å tilrettelegge for at personellet får gjort jobben sin på en forsvarlig måte.

Dette tilsynet har vist at mange kommuner har en til dels betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig

ansvars- og oppgavefordeling, nok personell til å utføre oppgavene, nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon, muligheter for å melde fra når noe går galt, og hjelp til å forebygge at dette gjentar seg.

Tilsynet viste at kommunene i liten grad har gjennomgått ulike deler av tjenestene sine med sikte på å avdekke hvor det kan skje svikt og få satt inn nødvendige forebyggende tiltak. Heller ikke fant vi mange spor av at kommunene aktivt følger med på om de ulike tjenestene fungerer etter sin hensikt. Også dette bærer bud om behov for læring også i de øvrige av landets kommuner.

Kravene til styring og ledelse, slik de framstår i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, er viktige for å trygge tjenestene og styrke rettssikkerheten for tjenestemottakerne. Styringen angår i høyeste grad både daglig drift og den mer langsiktige planleggingen av tjenestene. Det dreier seg om de tiltakene ledelsen gjennomfører for å sikre at daglige og faglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret – og for å forebygge at uønskede og kritiske hendelser og feil skal skje i det pasient- og brukerrettede arbeidet i dag, i morgen og neste måned.



**Del III:
Appendiks**



Vedlegg 1:

Metodemangfold i kommunetilsynet innenfor satsingen på tilsyn med tjenester til eldre

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2010 landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre. Dette er ledd i en helhetlig plan for tilsyn med tjenester til eldre for perioden 2009-2012. I denne satsingen skal det prøves ut nye tilsynsverkstøy og bruk av uanmeldte tilsyn.

Vi gir nedenfor en kort omtale av de tilsynsmetodene som ble brukt under tilsynet i kommunene.

For nærmere omtale av Statens helse- tilsyns arbeidsmåter vises til våre nettsider www.helsetilsynet.no.

Systemrevisjon: Tilsyn som undersøker og vurderer om ledelsen sørger for at tjenestene er forsvarlige

Ved en systemrevisjon undersøker tilsynet om ledelsen i den aktuelle virksomheten gjennom sitt styringssystem, dvs. internkontroll, sikrer at lovkravene som gjelder for sosial- og helsetjenesten blir etterlevd. For å få et bilde av hvordan virksomheten har innrettet seg for å etterleve kravene, gjennomgår tilsynet skriftlig dokumentasjon, og intervjuer ledere og ansatte. Tilsynet gjør dessuten stikkprøver (verifikasjoner) for å undersøke om rutiner og prosedyrer er kjent og blir fulgt i praksis, og om de er effektive i forhold til oppgaven eller problemet som skal løses. Funn og konklusjoner fra tilsynet meddeles kommunen. Dersom Fylkesmannen / Helsetilsynet i fylket avdekker regelbrudd blir dette påpekt som avvik fra aktuelt regelverk, og tilsynsmyndigheten ber om å få en plan for å utbedre forholdene. Tilsynsmyndigheten følger opp kommunen videre til det er grunnlag for å avslutte tilsynet.

I den kommunale delen av tilsynet med tjenester til eldre ble systemrevisjon benyttet ved tilsyn med

- identifisering, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom (kapittel 3)
- legemiddelhåndtering hos hjemmeboende eldre og samarbeid med deres fastleger (kapittel 4)
- forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre og beboere i sykehjem (kapittel 5)
- rehabiliteringstjenester i sykehjem (kapittel 6).

Sjølmeldingstilsyn: Kommunen undersøker selv om egen praksis oppfyller gjeldende lovkrav

Dette tilsynet baserer seg på at virksomheter og kommuner selv gjør en gjennomgang av og bedømmer egen praksis på et begrenset område, og melder resultater til tilsynsmyndigheten, eventuelt sammen med en plan for utbedring, dersom de har avdekket sviktområder hos seg selv. Tilsynsmetoden utprøves for første gang i forbindelse med den kommunale delen av vår satsing på tilsyn med tjenester til eldre.

I den kommunale delen av tilsyn med tjenester til eldre ble denne tilnæringsmåten brukt ved tilsyn med legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten og sykehjem (kapittel 4). Kommunene fikk tilsendt et skjema med spørsmål om hvordan de praktiserte legemiddelhåndteringen i de aktuelle virksomhetene. Sammen med skjemaene lå en fasit med redegjørelse for kravene i legemiddelhåndteringsforskriften. Ved gjennomgangen besvarte kommunen skjemaet og meldte fra om resultatet til Helsetilsynet i det aktuelle fylket. Tilbakemeldingen skulle også inneholde en plan for retting av eventuelle avvik. Helsetilsynet i fylket avslutter tilsynet når manglene er rettet opp.

Stikkprøvetilsyn: Innhenting av et utvalg dokumenter og bedømmelse opp mot aktuelle lovkrav

Stikkprøvetilsyn er en form for tilsyn som Helsetilsynet foreløpig har begrenset erfaring med. Tilsynsformen utprøves i forbindelse med satsingen på tilsyn med tjenester til eldre. Tilsynet baserer seg her på at tilsynsmyndigheten innhenter og gjennomgår dokumentasjon fra kommunenes saksbehandling ved søknader om avlastningstiltak for hjemmeboende eldre (kapittel 7).

Et gitt antall saker ble innhentet fra kommunen. Ut fra dette materialet vurderte og bedømte Fylkesmannen om kommunen ivaretok plikten til forsvarlig saksutredning, individuell vurdering og lovens krav til utforming av enkeltvedtak. Tilsynsmyndigheten meldte resultatet av gjennomgangen tilbake til kommunen. Kommunen ble bedt om å følge opp og redegjøre for hvordan den videre fremover skal sikre at de aktuelle lovkravene blir fulgt. Tilsynsmyndigheten følger opp tilsynet til kommunen har rettet opp de påpekte forholdene.

Fastlegetilsyn: Tilsyn med en avgrenset del av legens faglige praksis

Ved planlagt tilsyn med fastleger ble det gjennomført tilsyn med en avgrenset del av legens allmenntilleggs virksomhet. Denne form for tilsyn med fastleger er ikke et individtilsyn som blir gjennomført på basis av klager på legen, men et planlagt tilsyn der tilsynsmyndigheten tar initiativet.

Fastlegen har en dobbeltrolle som virksomhetsleder for seg selv og utøver i samme person. Kvaliteten på utøvelsen av begge disse rollene er viktige tilsyns-anliggender innenfor den delen av legens faglige arbeid som tilsynet omhandler. Informasjon som blir innhentet gjennom intervju med fastlegen og ved gjennomgang av et utvalg journaler blir sammenholdt med normer og kriterier som ligger til grunn for tilsynslagets undersøkelser og bedømmelser. Som ved øvrige tilsyn ble det utarbeidet en rapport til fastlegen om eventuelle

avvik fra regelverket og de fakta konklusjonene bygger på. Fastlegen følges opp videre til tilsynsmyndigheten finner at de påpekte forhold er rettet opp og tilsynet kan avsluttes.

I den kommunale delen av tilsyn med tjenester til eldre ble det gjennomført tilsyn med to deler av fastlegens faglige virksomhet, henholdsvis utredning og oppfølging av personer med demenssykdom og med legemiddelbehandling av eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester (kapittel 3 og 4). De to temaene kunne slås sammen og undersøkes hos samme fastlege. Tilsynet med fastleger kunne også kombineres med tilsyn med deler av de kommunale tjenestene slik at både kommunens og den enkelte fastleges ansvar ble vurdert på de aktuelle områdene.

Uanmeldt tilsyn: Når det er hensiktsmessig å la være å varsle et planlagt tilsyn i god tid på forhånd

Vanligvis blir virksomhetene varslet i god tid om tilsyn. Av og til kan det være hensiktsmessig at tilsynsmyndigheten uten å varsle eller på få timers varsel reiser ut og innhenter den informasjonen de trenger fra en virksomhet om en avgrenset problemstilling på et gitt tidspunkt. Formålet er å få et situasjonsbilde av enkelte sider ved praksis i virksomheten som skal gi et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om lovgivningen blir overholdt.

Uanmeldt tilsyn er en form for stikkprøve med begrenset varighet i tid. Selv om uanmeldt tilsyn kommer brått på for virksomheten, skal selve gjennomføringen av et uanmeldt tilsyn være godt forberedt fra tilsynsmyndighetens side. Det skal være basert på alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig myndighetsutøvelse og god forvaltningsskikk. Virksomheten har ikke hatt anledning til å tilrettelegge forholdene for gjennomføringen av tilsynet. Personell og ledere som er til stede vil ha sine daglige oppgaver å ivareta overfor tjenestemottakerne. Tilsynsmyndigheten skal derfor bestrebe seg på å gjennomføre tilsynet

uten at det skaper unødig mye ekstraarbeid og forstyrrelser i det daglige arbeidet.

Uanmeldt tilsyn kan gjennomføres i offentlige og private institusjoner, administrative enheter (f.eks. bestillerkontor, utfører enhet e.l.) og personellbaser (f.eks. i omsorgsboliger). Uanmeldt tilsyn kan ikke gjennomføres i private hjem eller beboernes private enheter i f.eks. omsorgsboliger med mindre det foreligger tydelig hjemmel for det.

Det har vært gjennomført et antall uanmeldte tilsyn i forbindelse med den kommunale delen av tilsyn med tjenester til eldre. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen har selv valgt ut tema og type virksomheter ut fra egne risikovurderinger.

Vedlegg 2:**Aktuelt regelverk ved tilsynet**

Nedenfor er satt opp en oversikt over lover og forskrifter som er aktuelle ved de ulike tilsynene.

Hjemmetjenestens ivaretagelse av eldre med demenssykdom**Lover**

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
<http://www.lovdato.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]
<http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
<http://www.lovdato.no/all/hl-19911213-081.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
<http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
<http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html>

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
<http://www.lovdato.no/all/hl-19670210-000.html>

Forskrifter

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten (korttittel: internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)
<http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (korttittel: forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)
<http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (korttittel: forskrift om lovbest. sykepleietjeneste)
<http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19831123-1779.html>

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
<http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Fastlegetilsyn

- **Fastlegens utredning og oppfølging av pasienter med demens**
 - **Fastlegens legemiddelbehandling**

Lover

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
<http://www.lovdato.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
<http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html>

Forskrifter

Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene
<http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20000414-0328.html>

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (korttittel: internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Avtaleverk

Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. ASA 4310 for perioden 2010-2011
<http://www.legeforeningen.no/id/1138>.

Kommunens legemiddelhåndtering og samarbeid med fastlegene

Lover

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]
<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Forskrifter

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (korttittel: internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (korttittel: forskrift om legemiddelhåndtering)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080403-0320.html>

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (korttittel: forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (korttittel: forskrift om lovbest. sykepleietjeneste)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19831123-1779.html>

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Legemiddelhåndtering – sjølmeldingstilsyn

Lover

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]
<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Forskrifter

Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (korttittel: forskrift om legemiddelhåndtering)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080403-0320.html>

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten (korttittel: internkontroll-forskrift i sosial/helsetjenesten)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Forebygging og behandling av underernæring**Lover**

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]

<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)

<http://www.lovdata.no/all/hl-19911213-081.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Lov 10. februar 1967 om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

<http://www.lovdata.no/all/hl-19670210-000.html>

Forskrifter

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten (korttittel: internkontroll-forskrift i sosial/helsetjenesten)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

(korttittel: forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Forskrift 14. november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (korttittel: forskrift for sykehjem m.v.)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html>

Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (korttittel: forskrift om lovbest. sykepleietjeneste)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19831123-1779.html>

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Rehabilitering i sykehjem**Lover**

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]

<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Forskrifter

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (korttittel: internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Forskrift 28. juni nr. 765 om habilitering og rehabilitering (korttittel: forskrift om habilitering og rehabilitering)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html>

Forskrift 14. november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (korttittel: forskrift for sykehjem m.v.)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html>

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (korttittel: forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Kommunens saksbehandling av søknader om avlastning

Lover

Lov 10. februar 1967 om behandlingmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
<http://www.lovdata.no/all/hl-19670210-000.html>

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
<http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html>

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
<http://www.lovdata.no/all/hl-19911213-081.html>

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]
<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Forskrifter

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (korttittel: forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Uanmeldte tilsyn – generelt regelverk uavhengig av tema for tilsynet

Lover

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
<http://www.lovdatab.no/all/hl-19911213-081.html>

Lov 10. februar 1967 om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
<http://www.lovdatab.no/all/hl-19670210-000.html>

Forskrifter

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (korttittel: internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten)
<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Vedlegg 3:**Litteraturliste**

Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E.
Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport 2009/5. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2009.

Demens – faktaark. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Nettside med utredningsverktøy og veiledere.

Norsk elektronisk legehåndbok.

Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. ASA 4310 for perioden 2010 – 2011.

Reseptregisteret 2004-2008.
Legemiddelstatistikk 2009:2. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009.

Ruths S, Straand J. Eldre og legemidler. I: Norsk legemiddelhåndbok. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, 2010.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. IS-1580.

Valen-Sendstad A, Rø OC, Laake K. Medisinsk rehabilitering i sykehjem – effekt på funksjon og forbruk av tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:678-81

IPLOS: Individbasert Pleie og OmsorgsStatistikk.

Gáibideaddji fuolahus – váilevaš stivrejupmi

Čoahkkeraporta riikkaviidosas bearráigeahčus 2010:s suohkaniid sosial- ja dearvvašvuođabálvalusaid hárrái boaresolbmuide

Dearvvašvuođageahču Raportta 5/2011 čoahkkáigeassu

Stáhta dearvvašvuođageahčču ovddida dá čoahkkeraportta mas gávnaheamit riikkaviidosas bearráigeahčus suohkaniid sosial- ja dearvvašvuođabálvalusain boaresolbmuid várás leat čoahkkáigeassojuvvon ja analyserejuvvon .

Bearráigeahčču lea leamaš máŋgga suohkanlaš bálvalussuorggis ja doaimmain main lea stuora mearkkašupmi hejoš boaresolbmuide geain leat stuora veahkkedárbbut:

- fuomášit, čielggadit ja čuovvolit ruovttus orru boarrásiid geain lea demensadávda.
- dálkkasgiedahallan ja dálkkaslaš dikšu
- eastadit ja dikšut nealguma
- veajuidahhtin buhcciidruovttus
- giedahallat oapmahaččaid helpendoaibmaohcamiid

Lea čadahuvvon bearráigeahčču bálvalusfálaldagain sihke ruovttubálvalusas, namalassii ruovttubuoheccidivššus ja geavatláš veahkkedoaimmain (ruovttuveahkki jna.), buhcciidruovttuin, ossodagain gos giedahallet ohcamiid, ja bearráigeahčču fástadoaktáriid hárrái. Ovttasbargu iešgudet ásahusaid gaskka, ovdamearkka dihte ruovttubuoheccidivššu ja fástadoaktáriid gaskka lei fáddán máŋgga bearráigeahčus.

2010:s čadahuvvui bearráigeahčču oktii- buot 342 doaimmahagas 232 suohkanis.

Birrasiid 2/3 oasis dain bearráigeahčču gávnnahuvvui ahte bálvalusfálaldat ii deavdán guoskevaš láhkagáibádusaid dan suorggis mii guorahallojuvvui.

Buot bearráigeahčču gávnnahuvvui ahte ollu suohkaniin lea ollu njulgemuš das ahte ásahuvvo čielga ovddasvástá- dus- ja doaibmajuohku, doarvái bargit main lea rievttis gelbbolašvuohta guoskevaš doaimmaide, dárbbaslaš nju- olggadusat dasa movt doaimmat galget čadahuvvot, doarvái oahpaheapmi ja buorit duodaštanvuogádagat, vejolašvuođat diedihit go juoga geavvá boastut ja veahkki eastadit boasttuvuođaid nuppes dáhpáhuvvamis. Dát lea dárbbaslaš sihkkarastin dihte ahte hejoš boaresolbmot, geain lea stuora dárbu oážžut medisiinnalaš divššu ja fuolahusa, ožžot dan veahki maid dárbbasit ja masa sis lea rievttalaš vuoigatvuohta. Dát leat gáibideaddji doaimmat maid dárbbasuvvo nanu ja proaktiiva stivrejupmi ja jodiheapmi suohkaniid dásis.

Complex tasks and services require stronger governance

Summary report of countrywide supervision in 2010 of municipal health and social services for elderly people

Summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 5/2011

In this report, the Norwegian Board of Health Supervision presents a summary of findings from countrywide supervision in 2010 of municipal health and social services for elderly people. Several municipal services and measures, which are essential for frail elderly people, were included:

- identification, assessment and follow up of elderly people with dementia living in their own homes
- administration of medication and treatment with medication
- prevention and treatment of malnutrition
- rehabilitation in nursing homes
- dealing with applications from relatives for respite care.

Supervision of service provision was carried out in the following areas: home nursing service and services providing practical assistance, nursing homes, units where applications are dealt with, general practice and cooperation between the different services.

Supervision was carried out in 232 municipalities. In about 2/3 of these, it was found that service provision did not meet the statutory requirements. For all the areas that were investigated, we found that many municipalities have a long way to go in order to ensure that:

- it is known who is responsible for the organisation and for providing the services
- there are clear guidelines for allocation and performance of tasks

- there are enough staff with necessary training and skills to carry out the tasks
- there are sound systems for documentation
- there is a system for reporting adverse events and preventing them from being repeated.

All this is necessary to ensure that frail elderly people with comprehensive needs for medical treatment and care receive the care they have the right to receive. This is a challenge that requires sustainable and proactive governance in the municipalities.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2010

1/2010 Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper

2/2010 Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

3/2010 Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

4/2010 Risikobildet av norsk kreftbehandling

5/2010 Meldesentralen – årsrapport 2008–2009

6/2010 Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

7/2010 Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010

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 Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgivelser 2011

1/2011 Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern

2/2011 Nytt syn på gammel aktivitet. Tilsyn 2010 med verksemder som er godkjende for å handtere hornhinner m.m. til bruk på menneske i Noreg: Gjennomføring og erfaringar

3/2011 Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

4/2011 Kommuner bryter loven ved henvendelser om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tjenester i Nav

5/2011 Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for barnevern og 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.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med barnevern og sosial- og helsetjenestene.

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

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 5/2011

Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

Statens helsetilsyn legger med dette fram en samlerapport med sammenstilling og analyse av funn fra landsomfattende tilsyn 2010 med kommunale sosial- og helse-tjenester til eldre. Tilsynet har omfattet flere kommunale tjenesteområder og tiltak av stor betydning for skrøpelige eldre med omfattende hjelpebehov:

- identifisering, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom
- legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling
- forebygging og behandling av underernæring
- rehabilitering i sykehjem
- behandling av søknader om avlastning for pårørende

Det er gjort tilsyn med tjenestetilbudet både i hjemmetjenestene, dvs. hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp mv.), sykehjem, enheter der søknader behandles samt tilsyn med fastleger. Samarbeidet mellom ulike instanser, som for eksempel mellom hjemmesykepleien og fastlegene, inngikk også i flere av tilsynene.

I 2010 ble det gjennomført tilsyn i til sammen 342 virksomheter i 232 av landets kommuner. I omlag 2/3 av disse tilsynene ble det konstatert at tjenestetilbudet ikke oppfylte de aktuelle lovkravene for området som ble undersøkt.

Innenfor alle tilsynstemaene er det gjort funn som har vist at mange kommuner til dels har en betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling, nok personell med rett kompetanse til å utføre oppgavene, nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon, muligheter for å melde fra når noe går galt og hjelp til å forebygge at dette gjentar seg. Dette er nødvendig for å sikre at skrøpelige eldre med til dels omfattende behov for medisinsk behandling og omsorg, får den hjelpen de har behov for og rettmessig krav på. Dette er krevende oppgaver som krever robust og proaktiv styring og ledelse i kommunene.