



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre

Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2009



34 664 877 350 4 552 875 6 156 289 843 261

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige etater kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00/1
Telefaks: 22 24 27 86
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra Akademika
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 8134 Dep, 0033 Oslo
Telefon: 800 80 960
E-post: offpubl@akademika.no

ISBN 978-82-8229-026-5

Foto: PhotoDisc / Ingram / ScandinavianStockPhoto
Forsideillustrasjon: Lobo Media AS



Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre

Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2009

Forord

Riksrevisjonen har besluttet at rapporten *Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre* ikke sendes Stortinget som egen sak. Stortinget orienteres om resultatet av undersøkelsen i Dokument nr. 2.

Riksrevisjonen, 18. februar 2009

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

Sammendrag	7	6	Hvordan sikrer kommunene at tjenestetilbudet til eldre tjenestemottakere har tilstrekkelig kvalitet?	33
1 Innledning	9	6.1	Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten	33
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen	9	6.2	Bemanning og kompetanse	33
1.2 Mål og problemstilling	9	6.3	Vurderinger	35
2 Metodisk tilnærming og gjennomføring	10	7	I hvilken grad er samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten tilrettelagt for eldre tjenestemottakere?	36
2.1 Dybdeundersøkelse i utvalgte kommuner	10	7.1	Samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehusene	36
2.2 Dokument- og saksmappegjennomgang	11	7.2	Innleggelse og utskrivning fra sykehus	36
2.3 Eksisterende statistikk	11	7.3	Vurderinger	38
2.4 Intervju med statsforvaltningen	11	8	I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å kunne bedre kvaliteten i tilbudet til eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester?	39
3 Revisjonskriterier	13	8.1	Helse- og omsorgsdepartementets tiltak for kapasitets- og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten	39
3.1 Statens og kommunenes ansvar og oppgaver	13	8.1.1	Tiltak for å øke antall plasser med heldøgns omsorgstilbud	39
3.2 Krav til kvalitet og kvalitetssikring	14	8.1.2	Tiltak for å utvikle kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten – Omsorgsplan 2015	39
4 Hvordan er ressurs- og kapasitetssituasjonen i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste?	18	8.1.3	Tilbudet til demente – Demensplanen 2015 <i>Den gode dagen</i>	41
4.1 Utviklingstrekk i den eldre delen av befolkningen	18	8.1.4	Kompetanse og bemanning – Kompetanseløftet 2015	42
4.2 Kostnader knyttet til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten	19	8.1.5	Samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten	43
4.3 Kommunale pleie- og omsorgstjenester	19	8.2	Helse- og omsorgsdepartementets styringsinformasjon og oppfølging innen pleie- og omsorgstjenesten	44
4.4 Bemanningssituasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten	24	8.2.1	Styringsinformasjon og oppfølging av tiltakene i Omsorgsplan 2015	44
4.5 Vurderinger	25	8.2.2	Oppfølging av avtalene med KS	46
5 I hvilken grad får eldre tjenestemottakere pleie- og omsorgstjenester av tilstrekkelig kvalitet?	27	8.2.3	Tilsyn med kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene	46
5.1 Innhold og omfang i pleie- og omsorgstjenestene	27	8.3	Vurdering	47
5.2 Tiltak for å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå	29			
5.3 Oppfølging av det medisinske tilbudet	30			
5.4 Vurderinger	31			

9	Samlede vurderinger	49
10	Helse- og omsorgsdepartementets svar	51
Referanseliste		53
Vedlegg		55
	Kommune A	55
	Kommune B	58
	Kommune C	61
	Kommune D	65
	Kommune E	68
	Kommune F	72
	Kommune G	74

Sammendrag

Undersøkelsen viser at kommunene ikke alltid klarer å sikre at alle tjenestemottakere mottar et tjenestetilbud i tråd med sitt registrerte bistandsbehov. I følge undersøkelsen får enkelte tjenestemottakere med relevant bistandsbehov avslag på institusjonsplass grunnet manglende tilgjengelighet.

Undersøkelsen viser at antall institusjonsplasser har økt fra 2003 til 2007. Til tross for dette er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med syv prosent i perioden. Flere av kommunene gir også uttrykk for at de har for få institusjonsplasser. Manglende institusjonsplasser fører til at flere av kommunene har ventelister på institusjonsopphold.

Dybdeundersøkelsen viser også at flere av kommunene benytter institusjonsplassene til andre formål enn hva de er avsatt til. Dette begrenser tilgjengeligheten og medfører at enkelte tjenestemottakere ikke får et godt nok tilbud i forhold til sitt bistandsbehov.

For å bedre institusjonskapasiteten har Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 etablert et nytt investeringstilskudd hvor kommunene kan søke om tilskudd til etablering av plasser tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie.

For å kunne ivareta tjenestemottakernes funksjonsnivå, og for å demme opp for fremtidig funksjonstap, er det nødvendig at det tildelte tjenestetilbudet bygger opp under tjenestemottakernes eksisterende funksjonsnivå. Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem, noe som reduserer presset på kommunenes institusjonsplasser. Undersøkelsen viser at tilgang til dagtilbud er begrenset, og på landsbasis mottar kun én av ti hjemmetjenestemottakere dagopphold eller dagsentertilbud. Videre fremgår det at dagtilbudet i liten grad er tilpasset tjenestemottakernes forskjellige behov, og flere av kommunene mener det er nødvendig med økt differensiering av dagtilbudet for i større grad å kunne ivareta tjenestemottakernes ulike aktivitetsbehov.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at kommunenes dagtilbud er for dårlig, og sendte i

2007 ut et rundskriv hvor det vektlegges at kommunene etter sosialtjenesteloven har plikt til å gi et egnet tjenestetilbud og at dette ikke bare gjelder rene omsorgsoppgaver. Dette innebærer at dagaktiviteter skal være en del av det kommunale tjenestetilbudet. Gjennom det nye investeringstilskuddet kan kommunene også søke om etablering av lokaler for dagtilbud i tilknytning til sykehjem og omsorgsbolig.

Det fremgår av undersøkelsen at det er mange medisinske aktører involvert i helsetilbudet til eldre tjenestemottakere. Undersøkelsen viser videre at det er mangler i samarbeidet og kommunikasjonen mellom aktørene, noe som i enkelte tilfeller medfører at aktørene har ulik medisinsk informasjon om tjenestemottakerne. Det fremgår videre av dybdeundersøkelsen at det er mangler i legetilbudet til eldre sykehjemsbeboere. På tross av en økning i legeårsverk i institusjon, viser undersøkelsen at tilsynslegedekningen generelt er lav og at de fleste tilsynslegene er ansatt i små stillingsbrøker.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at legedekningen i sykehjem er lav, og påla i 2008 kommunene å fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem. Av fremtidige legehjemler planlegger Helse- og omsorgsdepartementet også at hovedtyngden av hjemlene skal innvilges til kommunehelsetjenesten. For å bedre legemiddelhåndteringen ble det i 2008 innført en ny forskrift for legemiddelhåndtering, hvor virksomhetsleder gis det totale ansvaret for en forsvarlig legemiddelhåndtering.

Intern- og kvalitetskontrollsystemet er et viktig verktøy for å sikre at kommunene yter gode sosial- og helsetjenester. Undersøkelsen viser at alle kommunene i undersøkelsen har etablert et intern- og kvalitetskontrollsystem, men at ansatte har varierende kjennskap til systemet grunnet manglende opplæring. Til tross for at kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering, viser undersøkelsen at det er en klar underrapportering av avvik. At uheldige hendelser i liten grad identifiseres og innrapporteres innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Dybdeundersøkelsen viser at få av kommunene har oversikt over hvilken kompetanse de har behov for på sikt og hvordan kompetansen skal rekrutteres. Undersøkelsen viser videre en utbredt bruk av deltidsstillinger i pleie- og omsorgstjenesten. Nesten fire av ti sysselsatte i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste har en avtalt arbeidstid som utgjør mellom 1 og 19 timer per uke. Utbredt bruk av deltidsstillinger medfører manglende kontinuitet i tjenestetilbudet ettersom mange ulike pleiere står for tjenesteytingen. Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i både bemanningen og fagkompetansen i pleie- og omsorgstjenesten mellom 2003 og 2007.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Omsorgsplan 2015 og delplanene Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015 satt i gang en rekke tiltak som har gitt en økning både i bemanningskapasitet og fagkompetanse i sektoren.

Godt samarbeid mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er av vesentlig betydning for å kunne tilby et helhetlig helsetilbud. Dybdeundersøkelsen viser at alle kommunene har etablert samarbeidsavtale med det lokale sykehuset. Avtalene er imidlertid i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer i både sykehusene og kommunene. Dybdeundersøkelsen viser videre at samarbeidsavtalene i liten grad fungerer som retningslinjer for det daglige samarbeidet. Det fremgår videre at kommunikasjonen ved inn- og utskrivelser er mangelfull. Manglende informasjonsutveksling fører til at enkelte tjenestemottakere ikke gis et koordinert og helhetlig helsetilbud.

For å bedre samhandlingen har departementet, i samarbeid med KS, etablert en nasjonal rammeavtale for samhandling. Det ble i 2008 også startet en samhandlingsreform, som frem mot april 2009 skal utarbeide forslag til juridiske og økonomiske grep for å bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har altså de siste årene rettet stor oppmerksomhet mot en kapasitets og kvalitetsutvikling av pleie- og omsorgssektoren. Tiltakene retter seg mot flere av svakhetene som påpekes i Riksrevisjonens undersøkelse.

Det er samtidig viktig å understreke at kommunene har et selvstendig ansvar for å nyttiggjøre seg tiltakene departementet igangsetter, og at de er

ansvarlig for å sikre at kommunene har et pleie- og omsorgstilbud som er tilstrekkelig for å dekke innbyggernes behov for tjenester.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Siden introduksjonen av Handlingsplan for eldreomsorgen i 1997¹ har kapasitets- og kvalitetsforbedring av pleie- og omsorgstjenesten stått sentralt, og da særlig tilbudet til eldre tjenestemottakere. De første satsingene på området var rettet mot kapasitet, men i St.meld. nr. 28 (1999–2000) ble også kvaliteten på tjenestene inkludert.² I stortingsmeldingen pekes det på at økonomi, personell og strukturelle rammer er viktige forutsetninger, men at dette alene ikke er nok for å sikre god kvalitet på tjenestene. Satsingen på kvalitet er videreført i senere meldinger, som St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Meldingen peker på at selv om tidligere handlingsplaner har medført forbedringer, har en rekke reformer ført til at pleie- og omsorgstjenesten har fått ansvar for å yte tjenester til en rekke nye brukergrupper.³ I tillegg vil en voksende eldre befolkning stille tjenesten overfor nye utfordringer. St.meld. nr. 25 (2005–2006) presenterer en rekke tiltak for å utvikle kvaliteten og kapasiteten i pleie- og omsorgstjenesten. Tiltakene er i hovedsak samlet i Omsorgsplan 2015, med delplanene Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015.

Stortinget har gjennom helse- og sosiallovgivningen stilt krav til at pleie- og omsorgstjenesten i kommunene skal ha et tilstrekkelig omfang og en forsvarlig kvalitet.⁴ Flere undersøkelser har de senere årene likevel gitt indikasjoner på at personer med behov for pleie- og omsorgstjenester ikke får et godt nok tilbud.⁵ Videre er det vist at samarbeidet mellom tjenestenivåene ikke fungerer godt nok.⁶ Samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for å sikre et helhetlig tjenestetilbud.

Driften av pleie- og omsorgssektoren, som i all hovedsak finansieres gjennom kommunenes frie inntekter, har siden 2005 utgjort bortimot en tredel av kommunale driftsutgifter. I 2007 mottok om lag 200 000 personer pleie- og omsorgstjenester fra kommunene. Av disse fikk i underkant av 80 prosent tjenester i eget hjem, mens de øvrige fikk tjenester i institusjon. Tjenestene ble utført av rundt 118 000 årsverk.⁷

1.2 Mål og problemstilling

Målet med undersøkelsen er å vurdere om kommunenes eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester får tjenester av tilstrekkelig kvalitet, og i hvilken grad samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilrettelagt for eldre tjenestemottakere. Det er utarbeidet fem problemstillinger:

- 1 Hvordan er ressurs- og kapasitetssituasjonen i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste?
- 2 I hvilken grad får eldre tjenestemottakere pleie- og omsorgstjenester av tilstrekkelig kvalitet?
- 3 Hvordan sikrer kommunene at tjenestetilbudet til eldre tjenestemottakere har tilstrekkelig kvalitet?
- 4 I hvilken grad er samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten tilpasset eldre tjenestemottakere?
- 5 I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å kunne bedre kvaliteten i tilbudet til eldre pleie- og omsorgsmottakere?

1) St.meld. nr. 50 (1996–1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet – respekt – kvalitet*.

2) St.meld. nr. 28 (1999–2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene, Omsorg 2000*.

3) Her kan nevnes HVPU-reformen og psykiatireformen.

4) Sentrale lover er: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) og Lov om helsetjenesten i kommunene.

5) Statens helsetilsyn (2005) *Pleie- og omsorgstjenester på strekk* og Statens helsetilsyn (2006) *Et stykkevis og delt tjenestetilbud?*

6) Statens helsetilsyn (2006) *Et stykkevis og delt tjenestetilbud?*

7) Tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen bygger på data fra intervjuer, saksmappegjennomgang, dokumentgjennomgang, statistikk og en gjennomgang av tilsynsrapporter fra Helsetilsynet i fylkene for årene 2006 til 2008. I tillegg er det innhentet informasjon fra offentlige utredninger og forskningspublikasjoner. Undersøkelsen er begrenset til pleie- og omsorgsmottakere som er 67 år og eldre.

2.1 Dybdeundersøkelse i utvalgte kommuner

Det er foretatt en dybdeundersøkelse i syv kommuner. Dette for å belyse om eldre som har behov for det, får pleie- og omsorgstjenester av god kvalitet, hvordan kommunene arbeider med kvalitetsutvikling, og om samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten fungerer tilfredsstillende. Kommunene er geografisk spredt i hele landet, og hadde i 2007 fra 24 000 innbyggere og oppover. Store kommuner er valgt for å sikre at kommunene har et relativt høyt antall tjenestemottakere i aldersgruppen 67 år og eldre, både i hjemmetjenesten og i institusjon. Intervjuene ble gjennomført i løpet av 2007.

De intervjuede kan deles i fem grupper: administrativ ledelse, ledere og ansatte i tjenesten, tilsynsleger, sykehusansatte samt tjenestemottakere og pårørende. Administrativ ledelse har bestått av rådmann, kommunalleder og fagsjef. I alle kommunene er rådmannen og/eller kommunallederen intervjuet. I noen av kommunene er også øverste leder for pleie- og omsorgstjenesten intervjuet. I én kommune er kommunens helse- og omsorgsfaglige rådgiver⁸ intervjuet. I intervjuene er det lagt vekt på tjenestetilbudets dimensjonering og innhold, legedekning, kommunenes implementering av internkontrollsystemet, personell- og kompetansemessige utfordringer samt samarbeid mellom kommunene og sykehusene.

Ledere og ansatte har bestått av enhetsledere, avdelingsledere, ledere på lavere nivå og ansatte i tjenesten. I én kommune ble det avholdt et eget møte med enhetslederne. Informantene har vært fordelt på hjemmetjenester, institusjon og bestillerenhet, for kommuner som har organisert tilde-

ling i en egen enhet.⁹ Spørsmålene har i hovedsak tatt opp temaer som tjenestetilbudets innhold og dimensjonering, bemannings- og kompetansesituasjonen, ansattes kjennskap til pleie og omsorgstjenestens kvalitets- og internkontrollsystem, legetjenester og legemiddelhåndtering samt samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

I alle kommunene er én til fire tilsynsleger intervjuet. Hver lege er intervjuet både som tilsynslege ved kommunenes sykehjem og som fastlege for eldre hjemmeboende tjenestemottakere. Spørsmålene har i hovedsak vært knyttet til tilsynslegerollen, og det er særlig som tilsynslege informantene omtales i rapporten. I én kommune er også kommuneoverlegen intervjuet. I intervjuene er det lagt vekt på temaer som oppfølging og medisinerings av tjenestemottakere, legedekning, tjenestens dimensjonering og innhold samt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Sykepleiere og leger ved sykehuset i kommunen er intervjuet om hvordan samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten fungerer. Antall informanter og sykehusavdelinger som er representert under intervjuene, har variert, men i hovedsak har det vært representanter fra medisinsk, kirurgisk og geriatrisk avdeling. Ved sykehusene som har ansatte med spesielt ansvar for tilrettelegging av samarbeidet med kommunene, har det også vært én eller flere representanter fra disse enhetene. Spørsmålene er knyttet til hvordan samarbeidet fungerer i hverdagen, og til hvilke utfordringer sykehusene opplever i samarbeidet med kommunene.

For å belyse hvordan kommunenes pleie- og omsorgstjenester oppleves, er fire til ti tjenestemottakere og pårørende intervjuet. Intervjuobjektene er fordelt mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester. Siden en stor del av tjenestemottakerne både i institusjon og i hjemmetjenesten har en demenslidelse, har det blant intervjuobjektene vært en overvekt av pårørende. Spørsmålene har dreid seg om hvordan pårørende og mottakere av tjenester opplever at kommunene tilrettelegger tjenestetilbudet, og hvordan de blir ivaretatt som tjenestemottakere eller pårørende.

8) Stillingen er tillagt en koordinerende funksjon mellom enhetsleder og kommunalleder.

9) Det innebærer at tildelingen av alle pleie- og omsorgstjenestene gjøres ved et felles kontor i kommunen.

2.2 Dokument- og saksmappegjennomgang

For kommunene som er besøkt, er styringsdokumenter (årsmeldinger, budsjetter, økonomiplaner, handlingsplaner med søkelyset rettet mot pleie- og omsorgstjenesten til eldre og kompetanse- og rekrutteringsplaner) gjennomgått for årene 2006 og 2007.¹⁰

Dokumentgjennomgangen har belyst hvordan kommunene arbeider for å nå egne mål for pleie- og omsorgstjenester til eldre. I gjennomgangen er det også sett på hvordan kommunene arbeider med kompetanseheving og rekruttering for å sikre tilstrekkelig personell med relevant kompetanse.

Saksmappegjennomgangen i kommunene omfatter totalt 173 saksmapper, ca. 20 til 30 saksmapper i hver av kommunene. Sakene fordeler seg mellom tjenestemottakere som i løpet av det siste året har fått vedtak på tjenester i:

- eget hjem
- tilpasset bolig
- tidsbegrenset opphold i institusjon
- langtidsopphold i institusjon

Saksmappegjennomgangen har kartlagt hvilke tjenester som gis, omfanget av tjenestene, begrunnelse for vedtaket og om det er opplyst om klageadgang.

Fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn er styringsdokumenter for perioden 2006 til 2008 gjennomgått. Det er blant annet sett på:

- budsjettproposisjoner for årene 2007 til 2009
- stortingsmeldinger på området
- omsorgsplan 2015, herunder delplanene Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015
- tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn for årene 2007 og 2008
- resultatrapporteringer fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet
- materiell fra konsultasjonsmøtene for årene 2006 til 2008
- årsrapporter for Statens helsetilsyn

Det var viktig å belyse hvordan samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er ment å fungere. Derfor ble samarbeidsavtalen mellom de besøkte kommunene og sykehuset kommunene sogner til, gjennomgått.

¹⁰⁾ Økonomiplaner og handlingsplaner med flerårig perspektiv er også gjennomgått.

Flere av temaene som berøres i undersøkelsen, har de siste årene vært gjenstand for tilsyn fra Helsetilsynet i fylkene. For å supplere informasjonen fra dybdeundersøkelsen i de syv kommunene er det gjennomgått tilsynsrapporter fra Helsetilsynet i fylkene som berører de samme temaene som undersøkelsen. Det er gjennomført tilsyn i alle fylker (antallet varierer fra 1 til 22 rapporter) og det er totalt gjennomgått 189 tilsynsrapporter for årene 2006 til 2008.

2.3 Eksisterende statistikk

For å belyse kapasiteten i pleie- og omsorgstjenesten er det benyttet data fra Statistisk sentralbyrå. Hoveddelen av dataene er hentet fra IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og KOSTRA (Kommune-STat-Rapportering).

IPLOS er et individbasert register over mottakere og søkere av pleie- og omsorgstjenester. Registeret inneholder standardisert informasjon om mottakers bistandsbehov og tjenester samt personopplysninger. IPLOS ble innført i 2006, men først for rapporteringsåret 2007 foreligger data fra de fleste kommunene. IPLOS har erstattet pleie- og omsorgsstatistikk som tidligere ble rapportert gjennom samleskjema i KOSTRA.

Ved bruk av statistikk er det forsøkt å gi et bredere bilde av pleie- og omsorgstjenestene for årene 2003 til 2007. Det er sett på forhold som utviklingen i andelen tjenestemottakere, utviklingen i hjemmetjenester og institusjonstjenester, personellutvikling og legetjenester. I tillegg gis det et mer detaljert bilde for 2007, hvor det også ses på hvordan tjenestemottakernes bistandsbehov påvirker tjenestetildelingen.

2.4 Intervju med statsforvaltningen

Det var ønskelig å belyse i hvilken grad Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å bedre kvaliteten i tilbudet til eldre pleie- og omsorgsmottakere. Av den grunn ble Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) intervjuet.

Intervjuene har omfattet hvordan Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og KS setter rammebetingelser som sikrer gode og likeverdige

pleie- og omsorgstjenester til eldre. Her er det særlig sett på hvilke tiltak som er iverksatt i forbindelse med Omsorgsplan 2015 og delplanene Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015. Det er videre kartlagt hvordan Helse- og omsorgsdepartementet planlegger å følge opp tiltakene for å sikre at de gir den ønskede effekten på kvalitetsutviklingen i tjenesten.

3 Revisjonskriterier

3.1 Statens og kommunenes ansvar og oppgaver

Ansvars- og oppgavefordeling mellom staten og kommunene

St.meld. nr. 23 (1992–1993) *Om forholdet mellom staten og kommunene* slår fast at det skal ligge et mål- og resultatstyringsperspektiv til grunn for forholdet mellom staten og kommunene. Dette skal skje innenfor rammene av det kommunale selvstyret. Mål og resultatstyring er et styringsverktøy som skal tydeliggjøre mål, fastsette resultatkrav og systematisere rutiner for resultatrapportering. For at mål og resultatstyring skal fungere, bør det være:

- definerte mål og resultatkrav
- dokumentert sammenheng mellom resultater og virkemiddel
- rapportering av måloppnåelse og virkninger

St.meld. nr. 31 (2000–2001) *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling* påpeker at kommunene må underlegges statlig styring for å fremme nasjonale mål, samtidig som kommunene må gis frihet til å prioritere mellom oppgaver og måter å gjøre ting på. Nasjonale mål er knyttet til ivaretagelse av rettssikkerhet og likeverdig fordeling av goder mellom individer, samfunnsgrupper og geografiske områder.

Stortingsmeldingen viser til at staten har et overordnet ansvar for borgernes rettssikkerhet. Det innebærer at staten må sikre at kommunene organiserer virksomheten på en slik måte at kravene til rettssikkerhet er oppfylt. Det skal skje gjennom kompetanseoppbygging og utforming av regler for saksbehandling, retningslinjer og instruksjoner for skjønnsutøvelse, og ved tilsyn og klagebehandling.

For at statlige myndigheter skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for oppgaveløsningen, må de motta løpende tilbakemelding om utviklingen av tjenestene og hvilke resultater som er oppnådd. Styringsinformasjon kan for eksempel gis ved regelmessig rapportering, evalueringer og statistikk, dels for å vurdere sammenhengen mellom ressursinnsats og resultat, dels for å vurdere virkemiddelbruken og i hvilken grad kommunene har ivaretatt sine oppgaver.¹¹

11) St.meld. nr. 23 (1992–1993), kapittel 7.

Ifølge kommuneloven plikter kommunene å gi departementet løpende informasjon om ressursbruk og tjenesteyting til bruk i nasjonale informasjonssystemer.¹² Rapporteringssystemet KOSTRA er etablert for å formidle styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Av Ot.prp. nr. 43 (1999–2000) fremgår det at KOSTRA skal skaffe et bedre grunnlag for å følge opp og vurdere kommunenes ressursbruk. KOSTRA skal også brukes som verktøy for sammenligninger av kommuner. Det krever utvikling av gode indikatorer som illustrerer kommunenes prioriteringer, ressursbruk og tjenesteproduksjon.¹³

Kommunene plikter videre å registrere opplysninger om personer som har søkt om, mottar eller har mottatt pleie- og omsorgstjenester, i IPLOS-registeret. Formålet er å gi et grunnlag for overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, utvikling, forskning og overordnet styring av sosial- og helsetjenesten og sosial- og helseforvaltningen.¹⁴

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal sammen dekke behovet for nødvendige helsetjenester i befolkningen. Staten, ved de regionale helseforetakene (RHF), er ansvarlig for sykehusene, som ivaretar pasientens behov for spesialisthelsetjenester. Kommunene er ansvarlig for å dekke innbyggernes øvrige behov for helse- og omsorgstjenester.

Statens spesifikke ansvar og oppgaver

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, kommunale tjenester til eldre og funksjonshemmede, helselovgivning og deler av sosiallovgivningen. Staten skal videre sikre like rammevilkår ved å sette økonomiske rammer basert på behov, sikre tilgang på nok personell og føre tilsyn og kontroll.

Sosialtjenesteloven slår fast hvilke oppgaver og hvilken myndighet staten har. Helse- og omsorgsdepartementet skal føre tilsyn med at loven, forskriftene og andre bestemmelser som gjelder for tjenesten, anvendes riktig og fremmer lovens formål på en god og hensiktsmessig måte. Videre

12) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 49.

13) Ot.prp. nr. 43 (1999–2000), side 25.

14) Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk § 1-3 og § 2-1.

skal departementet gi retningslinjer og instruksjoner som er nødvendige for at kommunene skal kunne nå målene, og dessuten sørge for nødvendige endringer i regelverket ved behov. Departementet skal også sørge for at det finnes et forsvarlig tilbud for utdanning av personale, og at de som skal anvende loven, får forsvarlig veiledning.¹⁵

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesteloven stiller krav til tjenestenes kvalitet, for eksempel at tilbudet skal være likeverdig og tilpasset pasientenes behov, og til at ressursene utnyttes best mulig.¹⁶

Kommunenes spesifikke ansvar og oppgaver

Kommunene er ansvarlige for helsetjenestene som ikke er definert som spesialisthelsetjenester, og skal sørge for nødvendige helsetjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.¹⁷ Sosialtjenesteloven har en tilsvarende bestemmelse om kommunenes ansvar for sosiale tjenester.¹⁸

De to lovene regulerer hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene skal tilby innbyggerne og inneholder bestemmelser som gir den enkelte mottaker rett til nødvendige tjenester.¹⁹ Kommunene bestemmer selv hvilke ytelser som skal gis, og omfanget av ytelsene, mens loven setter rammer for når de ulike tjenesteformene er å anse som hensiktsmessige. Kommunene har også ansvar for å organisere, drifte og finansiere tjenestene samt sørge for nødvendig opplæring av de ansatte.

3.2 Krav til kvalitet og kvalitetssikring

Krav til innhold og kvalitet i tjenestetilbudet

Det er et formål i sosialtjenestelovens § 1-1 at kommunene skal bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Dette understrekes også av formålsparagrafen til kvalitetsforskriften. Her legges det vekt på at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven, skal sikres at tjenestene ytes på en slik måte at den enkelte får ivaretatt sine

grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelse, egenverd og livsførsel.²⁰

Ifølge kommunehelsetjenestelovens § 1-2 er et av kommunehelsetjenestens formål å forebygge og behandle sykdom og skade. Pasientrettighetsloven fastslår gjennom formålet at loven skal bidra til å sikre pasienter lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Retten til nødvendig helsehjelp skal gis innen et forsvarlig tidsrom. Pasienten har videre rett til medvirkning og informasjon.²¹

Kvalitetsforskriftens § 3 definerer konkret hvilke grunnleggende behov som skal dekkes for den enkelte, og pålegger kommunene å etablere et system av prosedyrer. Prosedyrene skal sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte får de tjenestene vedkommende har behov for, til rett tid. Prosedyrene skal også sikre at pleie- og omsorgsmottakere, og eventuelt pårørende, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. I tillegg gis den enkelte medbestemmelsesrett i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.

Ifølge § 3 skal kommunene også utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at den enkelte får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes

- å oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov

15) Lov om sosiale tjenester mv. (sosialtjenesteloven) § 2-5.

16) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., § 2-1 og § 1-1.

17) Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) § 1-1.

18) Sosialtjenesteloven § 2-1.

19) Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 og § 2-1, og Sosialtjenesteloven § 4-2.

20) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester 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 mv. § 1.

21) Lov om pasientrettigheter § 1-1, § 2-1 og kapittel 3.

- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

I Innst. S. nr. 150 (2006–2007) understreker helse- og omsorgskomiteen at kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften²² forplikter kommunene til å sikre at den enkelte får tjenester av forsvarlig kvalitet. Komiteen mener videre at kvalitetsforskriften er godt egnet til å danne grunnlag for serviceerklæringer og kvalitetsindikatorer.²³

I Innst. S. nr. 150 (2006–2007) støtter helse- og omsorgskomiteen regjeringens syn om at det er en sentral utfordring for kommunene å etablere en god balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Kommunene må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker.²⁴ I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007) påpeker komiteen at eldre som får vanskeligheter med å klare seg selv, må i den grad de er i stand til det, få velge mellom hjemmebasert omsorg, eldrebolig i tilknytning til fellestjenester eller institusjon, eller institusjonsbasert omsorg.²⁵

I forbindelse med behandlingen av Innst. S. nr. 150 (2006–2007) påpeker helse- og omsorgskomiteen at sykehjemmene og hjemmesykepleien i større grad enn i dag må defineres som en del av behandlingsskjeden innen helsetjenesten. Ifølge komiteen er en godt fungerende hjemmebasert omsorg og helsefaglig kompetanse i institusjonene nøkkelen til om kommunene er i stand til å behandle innbyggerne på riktig nivå, og unngå at mer ressurskrevende behandlingsformer må tas i bruk.²⁶

Sosialtjenesteloven vektlegger betydningen av aktivitet for å sikre funksjonsnivået. Dagtilbud er et tiltak som også vektlegges i Omsorgsplan 2015. Godt utbygde dagtilbud kan sammen med hjemmetjenester i mange tilfeller bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Et slikt tilbud vil spesielt kunne ha betydning for mennesker med ulike demenslidelser eller nedsatt funksjonsevne.²⁷

I Innst. S. nr. 150 (2006–2007) understreker helse- og omsorgskomiteen kommunenes ansvar for å etablere velferds- og aktivitetstiltak, og mener at tiltak som retter seg mot eldre, vil være viktigere i årene som kommer. Komiteen mener kommunene har ansvar for å tilby eller tilrettelegge for at alle eldre og pleietrengende som har behov for et dagtilbud, får et slikt tilbud.²⁸

Ifølge forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 2-1 skal kommunens sykehjem organisere fysioterapitjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007) påpeker helse- og omsorgskomiteen betydningen av å sikre rehabilitering og opp trening til alle som trenger det, og da spesielt eldre.²⁹

Krav til legetjenester og legemiddelhåndtering

Fastlegen har ansvaret for å dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på fastlegens liste. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har også ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.³⁰

Ifølge forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 2-1 skal disse ha organisert legetjeneste. Når en person kommer på en institusjon med organisert legetjeneste (sykehus, sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie), overtar institusjonen fastlegens ansvar. Det er likevel ikke til hinder for samarbeid mellom fastlegen og institusjonens lege når det er behov for det.³¹

Ved utskrivning fra institusjon overtas ansvaret igjen av fastlegen. Dersom institusjonen ser behov for tilrettelegging, må fastlegen kontaktes. Med mindre personen motsetter seg det, skal epikrise³² og opplysninger som er nødvendige for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved utskrivning.³³

22) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

23) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), side 20.

24) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), side 25.

25) Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007), side 35.

26) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), side 24.

27) Omsorgsplan 2015, side 10.

28) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), side 40.

29) Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007), side 28 og 30.

30) Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 7 med merknader.

31) Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8 med merknader.

32) Epikrise er en kort, sammenfattende fremstilling av et sykdomstilfelle, gjerne sammensatt av en vurdering og redegjørelse for behandlingen og dens resultater.

33) Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8 med merknader.

Helse- og omsorgsdepartementet har i rundskriv til kommunene gitt kriterier for fastsettelse av lokal norm for legetjeneste i sykehjem.³⁴ For å tilrettelegge for en nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem mener Helse- og omsorgsdepartementet at det som et foreløpig anslag er behov for å øke innsatsen av legeårsværk i sykehjem med 50 prosent fra 2005 til 2010.³⁵

I henhold til fastlegeforskriftens § 12b og sentralt avtaleverk kan kommunene stille betingelser til fastlegene for å sikre nødvendig kapasitet til allmennmedisinsk offentlig legearbeid, som for eksempel legearbeid på sykehjem. Innenfor disse rammene kan kommunene pålegge legene inntil 7,5 time offentlig legearbeid per uke ved fulltids stilling. Dette er en minimumsbestemmelse, noe som innebærer at kommunene står fritt til å inngå avtale om større prosentandel.³⁶

Dokumentasjon er et viktig virkemiddel for å kvalitetssikre pleie- og omsorgstjenesten. Den bidrar til å tydeliggjøre formål og målsetting med tjenestetilbudet for både tjenesteutøvere, og tjenestemottakerne.³⁷ Journalen skal vise hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger. Den er videre et viktig redskap for å dokumentere tjenestemottakernes medisinske tilstand og for å følge opp og evaluere tilbudet til den enkelte. Det er satt en rekke krav til opprettelse, organisering og innhold i journalsystemet. Kravene omfatter oppgaver som føring, retting, sletting, oppbevaring, overføring og tilgang til og tilintetgjøring av journaler.³⁸

Av forskrift om legemiddelforsyning i den kommunale helsetjenesten fremgår det at det skal føres fortegnelse over all utdeling av legemidler til innvortes bruk. Videre bør utdeling av legemidler til pasient i pleie- og omsorgstjenesten bare skje etter skriftlig ordinasjon fra lege eller etter generelle skriftlige retningslinjer fastsatt av lege. Utdelingen skal gjøres av de personene som har myndighet til det. Lege kan unntaksvis gi myndighet til andre enn offentlig godkjent sykepleier/vernepleier. Før slik myndighet gis skal sykehjemmet ha skriftlige retningslinjer for hvem som kan utføre dette arbeidet, og

hvilken opplæring disse må ha i legemiddelhåndtering.³⁹

Krav til internkontroll i kommunene

For sosial- og helsetjenesten er det fastsatt en egen forskrift om internkontroll som angir systematiske tiltak som kan sikre kontinuerlig kvalitet. Forskriften er hjemlet både i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.⁴⁰

Internkontrollforskriftens § 3 definerer internkontroll som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen. Forskriftens § 4 krever videre at virksomheten skal

- beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt
- sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten
- sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet om virksomhetens internkontroll
- sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten
- skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

Ifølge § 5 i internkontrollforskriften skal virksomheten også dokumentere internkontrollen i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

34) Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem.

35) Omsorgsplan 2015, side 18.

36) Avtale mellom KS og Den norske legeforening pkt. 15 og pkt. 12 og avtalene mellom fastlege og kommunen.

37) Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 39 første og andre ledd.

38) Forskrift om pasientjournal § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 13 og § 14 og Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) kapittel 8.

39) Forskrift om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste § 8 punkt 3 og 4. I mai 2008 trådte en ny forskrift om legemiddelhåndtering i kraft, Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Ifølge den nye forskriften er det ikke lenger påkrevd med delegasjon fra lege. Det totale ansvaret for en forsvarlig legetjeneste legges nå til virksomhetsleder.

40) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007) peker helse- og omsorgskomiteen på betydningen av at kommunene følger opp internkontrollsystemet:

"Komiteen viser til at flere års tilsynserfaringer viser at mange kommuner har mangelfulle styringssystemer og mangelfulle systemer for forbedringsarbeid. Komiteen mener det er avgjørende at kommunene har tilfredsstillende internkontrollrutiner slik at tjenestene som ytes, har et høyt nivå, herunder individuell behovsvurdering, brukervedvirkning og evaluering av tjenestetilbudet."⁴¹

Krav til bemanning og kompetanse

I sosialtjenestelovens § 2-3 går det frem at kommunene er ansvarlig for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. De samme bestemmelsene om kommunenes ansvar for opplæring står i kommunehelsetjenesteloven, hvor det presiseres at enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Videre pekes det på at kommunene skal sørge for at ansatt helsepersonell får nødvendig videre- og etterutdanning.⁴² Internkontrollforskriften har også bestemmelser som fremhever kommunenes ansvar for å sikre at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innen det aktuelle fagfeltet.⁴³

Hver kommune må, ut fra plikten til å organisere nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgshjelp, fastsette størrelsen på bemanningen i pleie- og omsorgstjenesten. Hva som er forsvarlig, må vurderes ut fra mottakernes behov og hvordan tjenestetilbudet i kommunene er organisert og dimensjonert.

I Innst. S. nr. 150 (2006–2007) påpeker helse- og omsorgskomiteen at det vil være en stor utfordring fremover å rekruttere tilstrekkelig med personell. Det krever langsiktig planlegging og utvidet utdanningskapasitet. Høyere bemanning, faglig høy kompetanse og etter- og videreutdanning skaper forutsetninger for bedre fagutøvelse og fagmiljø og er med på å sikre bedre innhold og kvalitet i tjenestene. Videre mener komiteen at bedre fagkompetanse kan føre til at flere kan få behandling lokalt. Det vil bidra til å redusere antallet sykehusinnleggelser.⁴⁴

Helse- og omsorgskomiteen peker også på at den medisinskfaglige kompetansen i primærhelsetjenesten må styrkes for å sikre at syke eldre med komplekse lidelser og andre mottakere får et kvalitativt bedre tilbud. Komiteen mener det er særlig viktig å sikre en økt andel faglærte ansatte.⁴⁵

Krav til samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Det stilles krav i ulike lovverk om samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I kommunehelsetjenesteloven står det at kommunene skal samarbeide med regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.⁴⁶ Videre er sosialtjenesten pålagt å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver som er pålagt etter sosialtjenesteloven.⁴⁷ Kvalitetskontrollforskriftens § 3 krever at kommunene etablerer et system av prosedyrer som sikrer at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten.

Helseforetaksloven krever at sykehusene skal samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.⁴⁸ I forarbeidet til loven påpekes det at dette ansvaret også omfatter å etablere gode samarbeidsrelasjoner til primærhelsetjenesten og å arbeide for at behandlingsskjeden totalt sett blir av tilstrekkelig god kvalitet.⁴⁹ Spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 pålegger helsepersonell å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Helsepersonelllovens § 4 andre ledd peker også på helsepersonellens ansvar for å samarbeide med andre instanser når pasientens behov tilsier at det er nødvendig.

41) Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007), side 25.

42) Kommunehelsetjenesteloven § 6-1 og § 6-2.

43) Internkontrollforskriften § 4 bokstav c.

44) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), side 27 og 28.

45) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), side 16.

46) Kommunehelsetjenesteloven § 1-4.

47) Sosialtjenesteloven § 3-2 første ledd.

48) Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) § 41.

49) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), side 22.

4 Hvordan er ressurs- og kapasitetssituasjonen i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste?

4.1 Utviklingstrekk i den eldre delen av befolkningen

Undersøkelsen omfatter pleie- og omsorgsmottakere i aldersgruppen 67 år og eldre. Dette er en gruppe med svært ulike behov; fra svært hjelpetrequende til de som klarer seg helt uten hjelp eller bistand fra kommunene. Selv om pleiebehovet varierer, kan det generelt sies å øke med alder.

Figur 1 viser at antall eldre over 67 år har holdt seg på et stabilt nivå fra 2003 til 2007. Mye av den samme tendensen finner vi også når aldersgruppen splittes i mindre aldersgrupper.

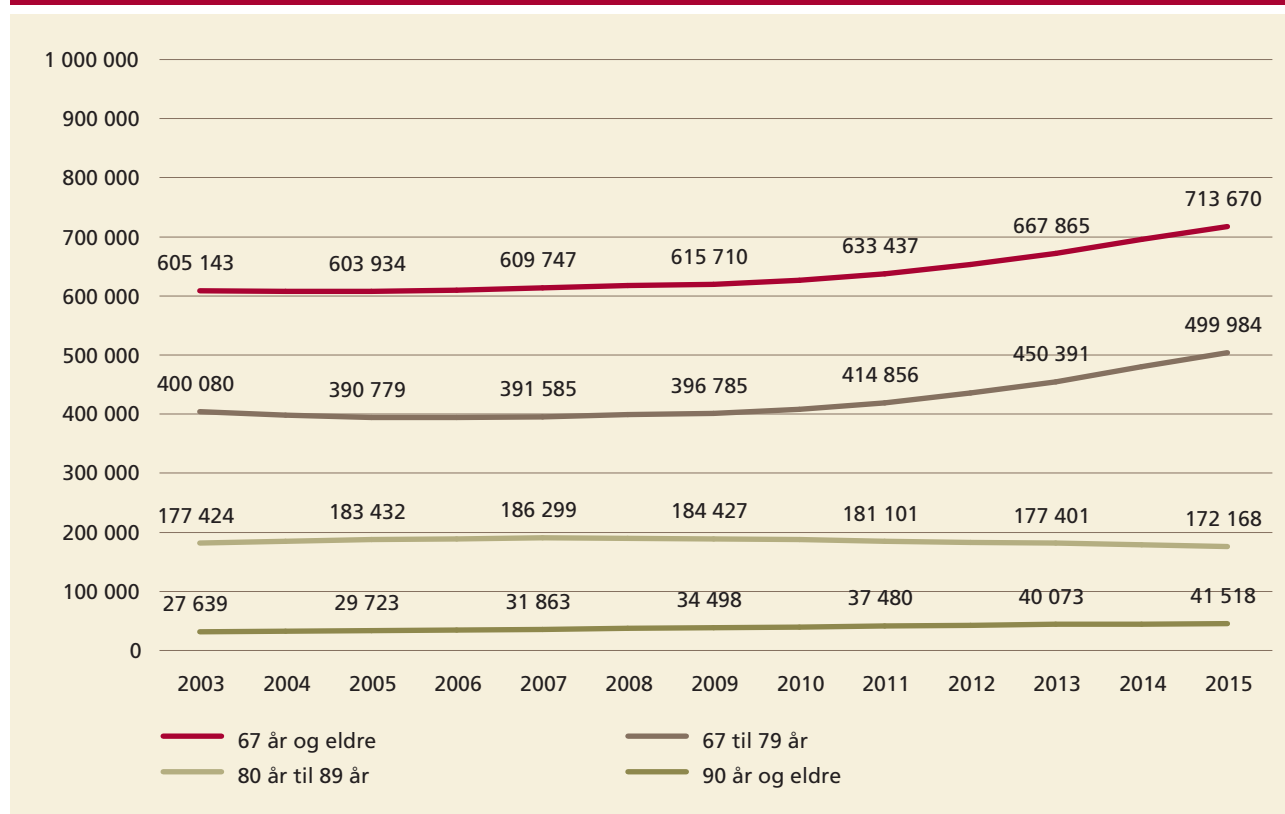
Fra 2008 til 2015 viser figur 1 at det sannsynligvis vil skje en økning på 16 prosent (99 942 personer) for befolkningen 67 år og eldre. Økningen skyldes en vesentlig vekst i alderskategorien 67 til 79 år, som vil øke med 27 prosent (104 850 personer). Figuren viser videre en marginal nedgang i aldersgruppen 80 til 89 år med

7 prosent (13 154 personer), og den viser en oppgang i aldersgruppen 90 år og eldre på 25 prosent (8 246 personer). Økningen i alderskategorien 67 til 79 år frem mot 2015 innebærer at det etter 2015 vil skje en stor vekst i gruppen eldre med antatt større pleiebehov.

I 2007 utgjorde aldersgruppen 67 til 79 år 8 prosent av befolkningen, mens gruppen 80 til 89 år utgjorde 4 prosent, og gruppen 90 år og eldre utgjorde 1 prosent. Frem mot 2015 vil det skje små endringer i aldersgruppene andel av den totale befolkningen. Den største endringen finner sted i aldersgruppen 67 til 79 år, som i 2015 vil utgjøre 10 prosent av den totale befolkningen.

Det er vanskelig å fastslå hvilken betydning en økning i antall eldre vil få for behovet for pleie- og omsorgstjenester i fremtiden. Det skyldes at flere lever lenger med bedre helsetilstand, og at medisinske fremskritt gjør det mulig å leve lenge med sykdommer.

Figur 1 Befolkningsutvikling for befolkningen 67 år og eldre. 2003 til 2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå, befolkningsdata.

4.2 Kostnader knyttet til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

Driftsutgiftene til pleie og omsorgstjenesten har fra 2003 til 2007 ligget stabilt på om lag en tredel av kommunenes totale driftsutgifter.

Av kommunenes netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenesten viser tabell 1 at 47 prosent benyttes til pleie av hjemmeboende og 43 prosent til pleie i institusjon i 2007. Av de resterende 10 prosentene benyttes 5 prosent til forvaltning, drift og vedlikehold av institusjoner og boformer med heldøgns pleie og 5 prosent til aktivisering og servicetjenester til eldre og funksjonshemmede.

Tabell 2 viser at kostnadene til pleie av hjemmeboende tjenestemottakere er lavere enn kostnadene til pleie i institusjon. Av alle pleie- og omsorgsmottakere i 2007 mottok 80 prosent tjenester i hjemmet, og 20 prosent mottok tjenester i institusjon. Fordelingen har vært relativt stabil siden 2003, og den viser at pleie av institusjonsbeboere er mer kostnadskreven enn pleie av hjemmeboende.

4.3 Kommunale pleie- og omsorgstjenester

I 2007 var det 202 477 mottakere av pleie- og omsorgstjenester, hvorav 143 669 var 67 år eller eldre. Aldersgruppen 67 år og eldre utgjorde altså 71 prosent av alle tjenestemottakere. Fordelt på alder utgjorde eldre tjenestemottakere 67 til 79 år 19 prosent. Tjenestemottakere 80 til 89 år utgjorde 38 prosent, og tjenestemottakere 90 år og eldre utgjorde 14 prosent av alle tjenestemottakere 67 år og eldre i 2007.

I 2007 mottok 91 prosent av befolkningen i aldersgruppen 90 år og eldre, pleie- og omsorgstjenester. 41 prosent av befolkningen i aldersgruppen 80 til 89 år mottok pleie- og omsorgstjenester, mot 10 prosent av befolkningen i aldersgruppen 67 til 79 år. Som figur 1 viser, er det personer i alderen 67 til 79 år og personer i alderen 90 år og eldre som kommer til å øke frem mot 2015. Det er usikkert hvor mange av disse personene som vil ha behov for pleie- og omsorgstjenester.

Tabell 1 Kommunenes netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i 1 000 kr. 2003 til 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Kommunenes totale netto driftsutgifter	136 920	138 133	141 095	146 948	157 233
Netto driftsutgifter til pleie og omsorg av kommunenes totale netto driftsutgifter	44 775	45 551	46 180	49 559	53 222 (100 %)
Netto driftsutgifter til tjenester til hjemmeboende (f 254)	19 751	20 433	20 864	22 653	24 848 (47 %)
Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i institusjon (f 253)	:	:	:	21 613	22 780 (43 %)
Netto driftsutgifter til aktivisering og servicetjenester (f 234)	:	:	:	2 616	2 796 (5 %)
Netto driftsutgifter til institusjonslokaler (f 261)	:	:	:	2 676	2 799 (5 %)

Alle tall er oppgitt i 2007-kroner. Nærmere om funksjonene: funksjon 234 Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede, funksjon 253 Pleie, omsorg, hjelp og rehabilitering i institusjon, funksjon 254 Kjernefunksjoner knyttet til pleie, omsorg, hjelp til hjemmeboende, funksjon 261 Institusjonslokaler.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA.

Tabell 2 Tjenestemottakere og kostnader per tjenestemottaker. 2003 til 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Pleie- og omsorgsmottakere	202 107	204 400	205 342	211 763	202 477
Hjemmetjenestemottakere	161 094	163 415	164 623	171 226	160 647
Institusjonsbeboere	41 013	40 985	40 719	40 537	41 830
Kostnader per pleie- og omsorgsmottaker	222	223	225	234	263
Kostnader per hjemmetjenestemottaker	123	125	127	132	155
Kostnader per institusjonsbeboer	:	:	:	533	545

Alle kostnadstall er oppgitt i 2007-kroner.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA.

Tekstboks 1 Konsekvenser av overgang fra summarisk data til IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk)

Overgangen fra KOSTRAs samleskjema til statistikk basert på IPLOS-registeret har medført en endring i kilde for statistikken over kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Det medfører at mange av variablene for 2007-statistikken ikke uten videre lar seg sammenlikne med resultater fra tidligere år.

Innføring av et nytt statistikkssystem innebærer nye metoder og rutiner for beregning av tall som tilsynelatende er lik tall presentert tidligere år. Gjennom IPLOS gir SSB, på en helt annen måte enn før, muligheter til å eliminere eller avdekke feil som fantes i den tradisjonelle statistikken. Det nye systemet gir blant annet mulighet til å ta hensyn til at enkelte tjenester er gjensidig utelukkende og gjennom det sikre seg mot at det gjøres tellefeil fordi oppgavegir misforstår hva det faktisk spørres etter i et spørreskjema. Feil knyttet til at kommunene kan ha brukt ulike metoder for beregning av tallmaterialet, fjernes. Hvordan dette slår ut for statistikkene, avhenger blant annet av hvor store forskjeller det har vært i metodene som kommunene har benyttet ved beregning av tall som rapporteres i summariske skjema. Foreløpig er tendensen at statistikk basert på IPLOS viser lavere tall enn tilsvarende tall fra KOSTRA.

Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS)
Notat 2005/42, SSB

Fra 2003 til 2007 har det totale antallet pleie- og omsorgsmottakere vært stabilt. Det har imidlertid vært store prosentvise endringer i aldersgruppene. Tabell 3 viser at aldersgruppene 67 til 79 år

og 80 til 89 år har hatt en prosentvis nedgang på henholdsvis 22 og 9 prosent. Samtidig har det vært en oppgang på 29 prosent av mottakere under 67 år og en oppgang på 21 prosent av mottakere i aldersgruppen 90 år og eldre.

Hjemmetjenester

Hjemmetjenester omfatter praktisk bistand og hjemmesykepleie som gis i ordinær bolig eller tilrettelagt bolig.⁵⁰ Antall hjemmetjenestemottakere har vært relativt stabilt fra 2003 til 2007. I 2007 mottok 160 647 personer hjemmetjenester.

Figur 2 på neste side viser en endring innen de ulike aldersgruppene som har mottatt hjemmetjenester fra 2003 til 2007. Det har vært en økning blant tjenestemottakere i den eldste og yngste aldersgruppen, og det har vært en reduksjon i aldersgruppen 67 til 79 år. Blant hjemmetjenestemottakere i aldersgruppen 67 til 79 år har det vært en nedgang på 23 prosent (9 197 personer) fra 2003 til 2007. For hjemmetjenestemottakere i aldersgruppen 80 til 89 år har det vært en reduksjon på 8 prosent (5 343 personer). Antall hjemmetjenestemottakere i aldersgruppen 90 år og over har økt med 24 prosent (3 348 personer) fra 2003 til 2007.

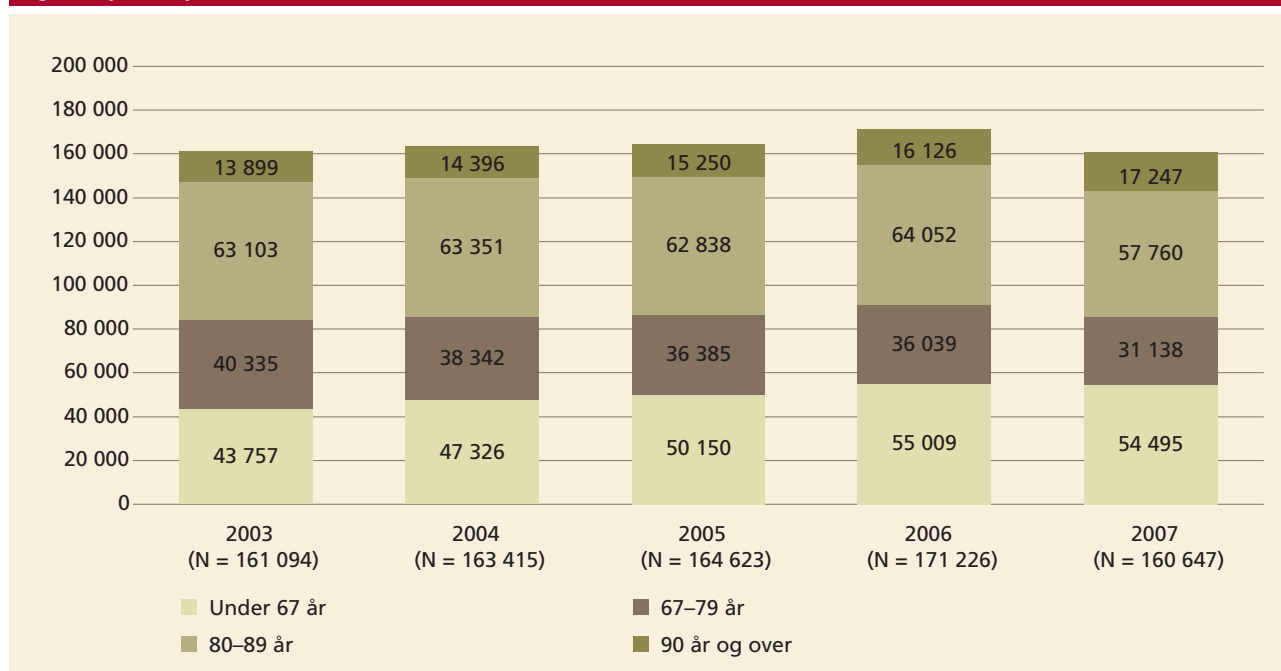
Mottakere av både praktisk bistand og hjemmesykepleie har vært relativt stabil fra 2003 til 2007. Det har vært en endring blant hjemmetjenestemottakere som kun mottar hjemmesykepleie eller kun praktisk bistand med henholdsvis en økning på 25 prosent (til 57 963 personer i 2007) og en nedgang på 16 prosent (til 45 759 personer i 2007).

Tabell 3 Antall pleie- og omsorgsmottakere etter alder. 2003 til 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Endring 2003–2007
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester	202 107	204 400	205 342	211 763	202 477	0,2 %
Under 67 år	45 556	49 192	52 012	56 933	58 590	29 %
67 til 79 år	48 519	46 476	44 024	43 517	38 004	–22 %
80 til 89 år	84 102	84 311	83 494	84 420	76 826	–9 %
90 år og eldre	23 930	24 421	25 812	26 893	28 839	21 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA/IPLOS.

50) Tilrettelagte boliger er boenheter som ikke regnes som institusjon, men som kommunene stiller til disposisjon for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne som trenger hjelp. En del av boenhetene er tilknyttet tjenester, som ikke nødvendigvis er tilgjengelige hele døgnet. Andre boenheter har ikke tjenester tilknyttet, og benytter hjemmetjenester på linje med andre hjemmeboende. Hva boenhetene kalles, kan variere, men de omfatter trygdeboliger, aldersboliger, omsorgsboliger, serviceboliger og borettslag for eldre.

Figur 2 Hjemmetjenestemottakere etter alder. 2003 til 2007

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA/IPLOS.

Tabell 4 Hjemmetjenestemottakere etter type tjeneste og alder. 2007

	I alt	Mottakere med både hjemmesykepleie og praktisk bistand	Mottakere med bare hjemme- sykepleie	Mottakere med bare praktisk bistand
Hjemmetjenestemottakere i alt	160 640	35 %	36 %	28 %
Under 67 år	54 495	25 %	48 %	27 %
67 til 79 år	31 138	34 %	36 %	30 %
80 til 89 år	57 760	41 %	29 %	30 %
90 år og eldre	17 247	55 %	22 %	23 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå, IPLOS.

Tabell 5 Brukere av dagsenter og dagopphold fordelt på alder. 2007

	Hjemmetjeneste- mottakere	Brukere av dagsenter og dagopphold	Dagsenter	Dagopphold
Hjemmetjenestemottakere i alt	160 640	18 602	13 837	4 765
Under 67 år	54 495	6 897 (37 %)	6 398	499
67 til 79 år	31 138	3 094 (17 %)	1 989	1 105
80 til 89 år	57 760	6 416 (34 %)	4 021	2 395
90 år og eldre	17 247	2 142 (12 %)	1 429	713

Kilde: Statistisk sentralbyrå, IPLOS.

Tabell 4 viser at det er liten forskjell i andelen som mottar ulike former for hjemmetjenester. Blant de to eldste aldersgruppene er det en klar overvekt av hjemmetjenestemottakere som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Tabell 5 viser at få hjemmetjenestemottakere mottok dagtilbud i form av dagsenter eller dagopphold i 2007. Ifølge tabellen var det kun én av ti hjemmetjenestemottakere som mottok dagtilbud i form av dagsenter eller dagopphold. 63 prosent av dagtilbudmottakerne var 67 år og eldre. Aldersgruppen 67 år og eldre utgjør 66 prosent av alle hjemmetjenestemottakere.

Institusjonstjenester

Kommunenes institusjonstilbud består i hovedsak av sykehjem, men noen har også aldershjem og boliger med heldøgns omsorg og pleie.⁵¹ Institusjonsopphold ved sykehjem kan gis både som tidsbegrenset opphold og som langtidsopphold. Tidsbegrenset opphold kan gis når tjenestemottakerne har behov for opptrening og rehabilitering eller annet omfattende helsefaglig bistand for en periode.

I 2007 var det på landsbasis totalt 41 257 institusjonsplasser, hvorav 38 648 var i sykehjem (94 prosent), 2 168 i aldershjem og 441 i boform med heldøgns omsorg og pleie. Fra 2003 til 2007 ble det totale antallet institusjonsplasser redusert. Det skyldes i hovedsak en nedleggelse av flere aldershjem og eneromsutbygging. Andel

enerom har økt fra 91 prosent i 2003 til 96 prosent i 2007.⁵²

I 2007 var det 18,9 institusjonsplasser per 100 innbyggere over 80 år. Tilsvarende dekningsgrad i 2003 var 20,3. Tabell 6 viser at dekningsgraden er redusert hvert år fra 2003 til 2007. Det innebærer en samlet reduksjon i dekningsgraden på 7 prosent. Nedgang i dekningsgraden skyldes at antall institusjonsplasser ikke har økt i takt med økningen i befolkningen på 80 år og eldre, samt den nevnte eneromsutbyggingen.

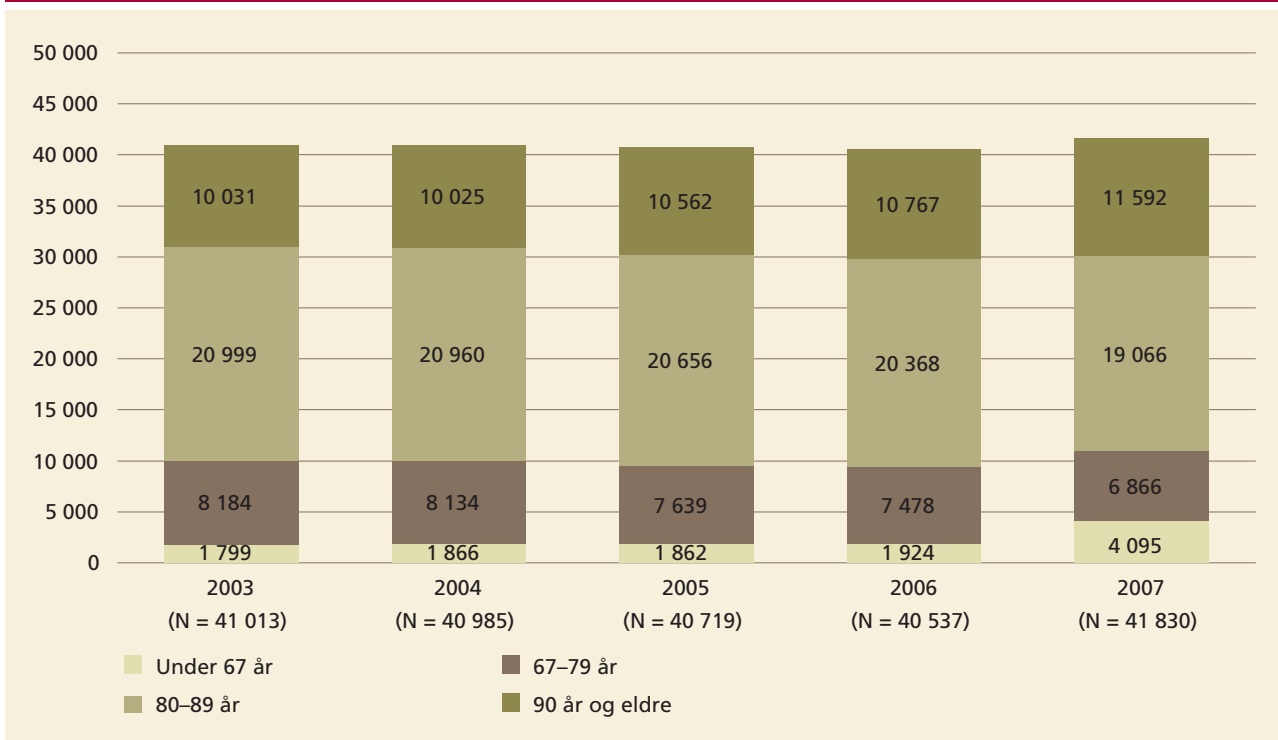
Figur 3 viser at fra 2003 til 2007 har aldersgruppen 80 til 89 år utgjort flertallet av institusjonsbeboerne. I 2007 utgjorde tjenestemottakere 80 til 89 år 19 066 personer (46 prosent). Fra 2003 til 2007 har det vært en reduksjon i antall

Tabell 6 Befolkning, institusjonsplasser og dekningsgrad. 2003 til 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Befolkningen 80 år og eldre	205 063	209 186	213 155	215 876	218 162
Totalt antall institusjonsplasser	41 718	41 402	41 027	41 078	41 257
Plasser i institusjon per 100 innbyggere 80 år og eldre	20,3	19,8	19,2	19,0	18,9

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA.

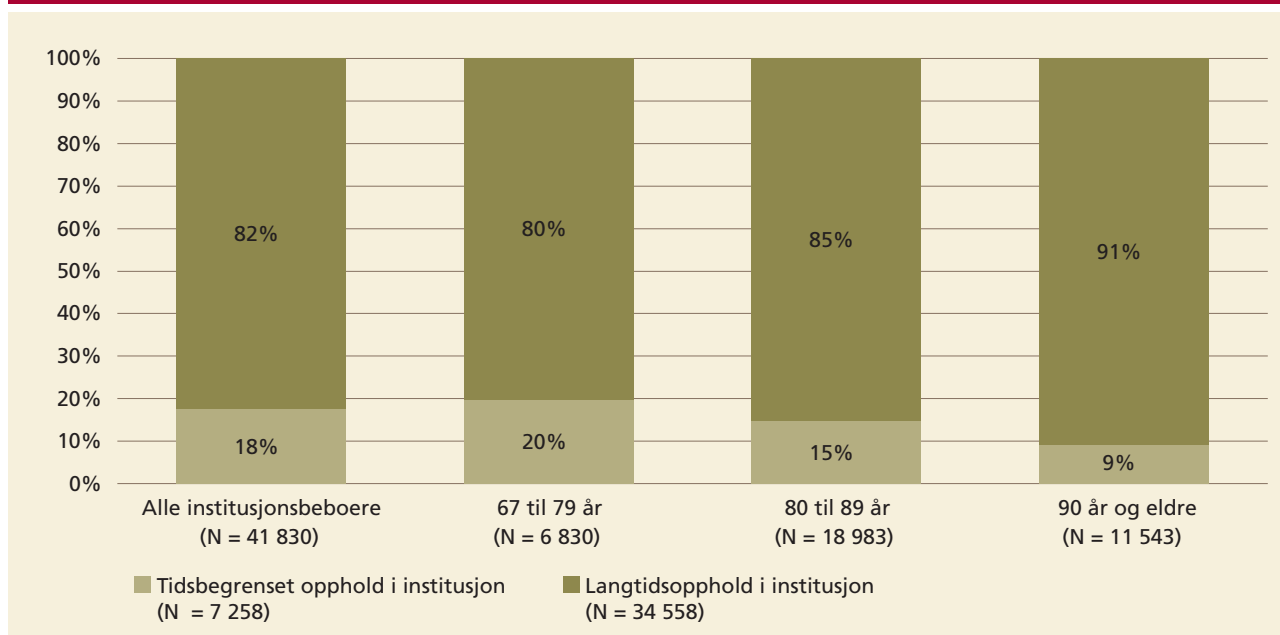
Figur 3 Institusjonsbeboere etter alder. 2003 til 2007



Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA/IPLOS.

51) Sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene. Aldershjem er hjemlet i lov om sosiale tjenester. For sykehjem og boform med heldøgns omsorg stilles det krav til organiserte tjenester som lege, fysioterapeuter og sykepleiere.

52) I 1997, ved oppstarten av handlingsplanen for eldreomsorgen, var eneromsandelen på 83 prosent (30 889 rom).

Figur 4 Institusjonsbeboere fordelt på type opphold og alder. 2007

Kilde: Statistisk sentralbyrå, IPLOS.

institusjonsbeboere i alderen 67 til 79 år med 1 318 personer (fra 20 til 16 prosent). Også institusjonsbeboere i aldersgruppen 80 til 89 år er redusert, mens det har vært en økning blant institusjonsbeboere i aldersgruppen 90 år og eldre.⁵³ I 2007 utgjorde aldersgruppen 90 år og eldre 11 592 personer av alle institusjonsbeboere (28 prosent).

Figur 4 viser at blant alle institusjonsbeboere mottok bare 18 prosent tidsbegrenset opphold i 2007. Figuren viser videre at andel mottakere av tidsbegrenset opphold synker med alder.

Selv om det er en større andel mottakere av tidsbegrenset opphold i aldersgruppen 67 til 79 år enn i aldersgruppen 90 år og eldre, utgjør andelen nesten like mange personer, henholdsvis 1 344 og 1 051 personer i 2007. Blant langtidsbeboerne er det nesten dobbelt så mange i aldersgruppen 90 år og eldre enn i aldersgruppen 67 til 79 år, henholdsvis 10 492 og 5 486 personer i 2007.

Tabell 7 viser at 8 722 institusjonsplasser var satt av til demente tjenestemottakere i 2007. Det

utgjorde 21 prosent av alle institusjonsplasser. Videre viser tabellen at 5 689 plasser var avsatt til tidsbegrenset opphold (14 prosent av alle plasser).

Det er viktig å merke seg at det finnes kommuner som ikke har satt av noen plasser til tidsbegrenset opphold. Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå hadde 83 kommuner ikke satt av plasser til tidsbegrenset opphold i institusjon i 2007. Det behøver ikke å innebære at kommunenes institusjonsplasser ikke benyttes til tidsbegrensede opphold, det kan være at plassene distribueres etter løpende behov.

Tilsynslegene spiller en viktig rolle for det medisinske tilbudet i kommunenes institusjoner. Fra 2003 til 2007 har antall legeårsverk i institusjon økt fra 258 til 320. Vurderes legeårsverkene ut fra antall sykehjemsplasser, har det i den samme perioden vært en økning fra 6,8 til 8,3 legeårsverk per tusende sykehjemsplass.

I 2004 utførte tilsynslegene 9 739 timer per uke i institusjon, mens de i 2007 utførte 11 991 timer per uke. Det utgjør en økning i legetimer per uke

Tabell 7 Institusjonsplasser satt av til ulike formål. 2007

Plasser i alt	Plasser satt av til demente	Plasser satt av til korttid	Plasser satt av til rehabilitering
41 342	8 722	5 689	1 921

Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA.

53) Endringen fra 2006 til 2007 må tolkes med forsiktighet. Se tekstboks 1 i kapittel 4.3.

på 23 prosent, og har medført at de ukentlige legetimene per sykehjemsplass har økt fra 0,25 til 0,31 timer per uke (24 prosent) fra 2004 til 2007.

Tildeling av tjenester i forhold til bistandsbehov

Fra og med 2006 har kommunene tildelt tjenester gjennom en registrering av tjenestemottakernes bistandsbehov. Informasjon beskrives i kommunenes IPLOS-register. Se tekstboks 2 for nærmere omtale av registreringen.

Tekstboks 2 Registrering av informasjon i IPLOS

Tjenestemottakerens behov for bistand og assistanse i dagliglivet beskrives gjennom 17 forskjellige variabler.

Bistandsbehovet registreres på en skala fra 1 til 5. Registreringen skal ta utgangspunkt i om personen utfører/klarer funksjonen uavhengig av om det brukes hjelpemidler eller ikke. Det er et klart skille mellom verdi 2 og 3. For verdi 3 til 5 forutsettes personbistand.

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. UTGJØR INGEN PROBLEM/UTFORDRING
for søker/tjenestemottaker. | Ikke behov |
| 2. IKKE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE
Utfører/klarer selv, men med endret standard. Trenger ikke personbistand, men kan få behov for bistand i nær framtid. | → for personbistand |
| 3. MIDDELS BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE
Utfører/klarer deler selv, men må ha bistand til resten. Bistandsyter kan evt. gå til og fra. | Behov for personbistand |
| 4. STORE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE
Utfører/klarer deler selv, men med bistandsyter til stede hele tiden. Bistandsyter er til stede for veiledning/tilrettelegging/assistanse. | → for personbistand |
| 5. FULLT BISTANDS-/ASSISTANSEBEHOV | |

Felles forståelse – Individuell registrering. Veileder i registrering av IPLOS opplysninger, Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

Tabell 8 indikerer at tjenestetilbudets omfang øker i takt med tjenestemottakernes bistandsbehov, og viser dermed at intensjonene i omsorgstrappen⁵⁴ i stor grad praktiseres. Tabellen viser at i 2007 hadde de fleste tjenestemottakerne som kun mottok praktisk bistand eller kun hjemmesykepleie, et lavt bistandsbehov. En av tre som kun mottok hjemmesykepleie, hadde et middels til stort bistandsbehov. Av tjenestemottakerne som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand, eller som hadde tidsbegrenset opphold i institusjon, hadde flesteparten et middels til stort bistandsbehov. Blant tjenestemottakere som mottok både hjemmesykepleie og praktisk bistand, hadde hele 38 prosent et lavt bistandsbehov. Majoriteten av tjenestemottakerne med langtidsopphold i institusjon hadde et omfattende bistandsbehov. Selv om tabellen i hovedsak synes å indikere en fungerende omsorgstrapp, er det viktig å merke seg at det i noen tilfeller kan synes som om tjenestemottakernes bistandsbehov ikke gjenspeiler tildelt tjenestetilbud. Eksempelvis hadde en tredel av tjenestemottakerne med kun hjemmesykepleie et middels til stort bistandsbehov, og 13 prosent av mottakere av både hjemmesykepleie og praktisk bistand hadde et omfattende bistandsbehov.

4.4 Bemanningssituasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

Fra 2003 til 2007 har det vært en økning i totalt antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten. Økningen har særlig gjort seg gjeldende fra 2005 til 2007 med 11 117 årsverk. Det henger sammen med en nasjonal satsing på å øke bemanningen i pleie- og omsorgssektoren.

Tabell 9 på neste side viser at nesten hele økningen i totalt antall årsverk fra 2003 til 2007 har funnet sted i de brukerrettede årsverkene.

Tabell 8 Antall tjenestemottakere 67 år og eldre, etter bistandsbehov og type tjeneste. Foreløpige tall 2007

	Antall mottakere	Lavt bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
Kun praktisk bistand	30 720	75 %	9 %	2 %	14 %
Kun hjemmesykepleie	31 423	46 %	32 %	8 %	14 %
Både hjemmesykepleie og praktisk bistand	42 937	38 %	42 %	13 %	8 %
Tidsbegrenset opphold i institusjon	5 182	18 %	41 %	29 %	12 %
Langtidsopphold i institusjon	32 174	3 %	22 %	68 %	7 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå, IPLOS.

54) Se nærmere omtale av omsorgstrappen i tekstboks 3 i kapittel 5.1.

Tabell 9 Årsverk med og uten relevant fagutdanning, 2003 til 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Endring 2003–2007
Årsverk i pleie og omsorg totalt	105 702	107 722	107 071	113 220	118 189	12 %
Årsverk i brukerrettet tjeneste (f 234 + f 253 + f 254)	99 526	102 109	101 715	107 431	111 942	12 %
Årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning (f 234 + f 253 + f 254)	65 158	69 072	71 093	76 773	79 773	22 %
Årsverk i brukerrettede tjenester uten fagutdanning	34 368	33 037	30 622	30 659	32 169	–6 %
Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten eksklusiv fravær	91 495	96 321	95 024	100 305	104 790	15 %

Hva de ulike funksjonene står for: funksjon 234 Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede, funksjon 253 Pleie, omsorg, hjelp og rehabilitering i institusjon, funksjon 254 Kjernetjenester knyttet til pleie, omsorg, hjelp til hjemmeboende.
Kilde: Statistisk sentralbyrå, KOSTRA.

Korrigert for sykefravær viser tabellen også en økning i årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i samme periode.

Tabell 9 viser at det har vært en økning i brukerrettede årsverk med relevant fagutdanning på 22 prosent fra 2003 til 2007. Det har i samme periode vært en nedgang i årsverk uten relevant fagutdanning på 6 prosent. Økningen i brukerrettede årsverk har også medført en økning i brukerrettede årsverk per tjenestemottaker på 12 prosent. Fra 0,49 årsverk per tjenestemottaker i 2003 til 0,55 i 2007.

Fra 2003 til 2007 har antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten med sykepleierutdanning økt med 22 prosent (3 774 årsverk). I den samme perioden har det vært en økning i antall sykepleierårsverk med spesialisering i geriatri fra 627 årsverk i 2003 til 1 016 årsverk i 2007 (62 prosent).

Tabell 10 viser at det i 2007 var 175 691 sysselsatte i pleie- og omsorgstjenesten. Disse utførte til sammen 118 208 årsverk. Tabellen viser videre at svært mange ansatte i pleie- og omsorgstjenesten er ansatt i små stillingsbrøker. Hele 39 prosent av de sysselsatte har avtalt arbeidstid på mellom 1 og 19 timer per uke. Bare 11 prosent har avtalt arbeidstid på mellom 37 og 39 timer per uke.

Blant sykepleiere er det en overvekt som har avtalt arbeidstid mellom 30 og 39 timer per uke.

For de fleste andre stillingsgrupper har størsteparten en avtalt arbeidstid på mellom 1 og 19 timer per uke. Den høye andelen deltidsansatte i pleie- og omsorgstjenesten medfører at det er halvannen sysselsatt per utførte årsverk i tjenesten.

Det er et forholdsvis høyt sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten. Fra 2003 til 2007 har det vært en positiv utvikling, og fraværet er redusert fra 13 til 11 prosent. I samme periode er sykefraværet for alle helse- og sosialtjenester redusert fra 10 til 8 prosent.

I 2007 førte fravær (legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon) til at avtalte årsverk ble redusert fra 118 208 til 104 807 avtalte årsverk. Det innebærer at dersom utførte årsverk i pleie- og omsorgstjenesten korrigeres for langtidsfravær, utføres ett årsverk i pleie- og omsorgstjenesten av 1,7 sysselsatte.

4.5 Vurderinger

Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanning og fagkompetanse i pleie- og omsorgstjenesten mellom 2003 og 2007. Videre har det vært en økning i legeårsverk i institusjon, og det har vært en økning i andel enerom i institusjon.

Det fremgår videre at antall institusjonsplasser har økt i samme periode. Til tross for dette er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre

Tabell 10 Sysselsatte i pleie- og omsorgstjenestene etter avtalt arbeidstid, 4. kvartal 2007

	Sysselsatte i alt	Avtalte årsverk	1–19 timer	20–29 timer	30–36 timer	37–39 timer	40 +
Totalt	175 691	118 208	67 793	46 546	41 331	19 928	93

Tabellen gir ikke nødvendigvis et heldekkende bilde av sysselsatte i pleie- og omsorgstjenesten. Det kan finnes sysselsatte registrert under kommunehelsetjenesten som utfører deler av arbeidet i pleie- og omsorgstjenesten.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, sysselsettingsstatistikk.

over 80 år redusert med syv prosent fra 2003 til 2007.

Det går frem av undersøkelsen at omkring fire av ti sysselsatte i pleie- og omsorgstjenesten har en avtalt arbeidstid som utgjør mellom 1 og 19 timer per uke. Det innebærer en utbredt bruk av deltidstillinger. Stor bruk av deltidstillinger medfører manglende kontinuitet i tjenestetilbudet ettersom mange ulike pleiere står for tjenesteytingen.

Det forventes at befolkningen i aldersgruppen 67 år og eldre vil øke betraktelig i årene fremover. Det medfører et økt behov for pleie- og omsorgstjenester, og det indikerer et behov for kontinuerlig styrking av pleie- og omsorgstjenesten for eldre.

5 I hvilken grad får eldre tjenestemottakere pleie- og omsorgstjenester av tilstrekkelig kvalitet?

5.1 Innhold og omfang i pleie- og omsorgstjenestene

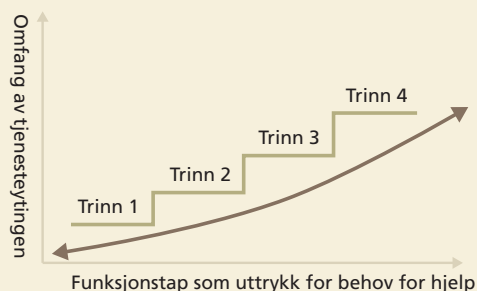
Eldre tjenestemottakere er en uensartet gruppe med stor variasjon i bistandsbehov. For at tjenestemottakernes behov i størst mulig grad skal dekkes, har de undersøkte kommunene utarbeidet et tjenestetilbud som spenner fra forebyggende tiltak til permanent institusjonsplass.

Alle kommunene i undersøkelsen forsøker å gi pleie- og omsorgstjenester på lavest effektive omsorgsnivå. Omfanget av tjenestetilbudet skal til enhver tid tilpasses tjenestemottakernes bistandsbehov samtidig som det skal bidra til å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå (se tekstboks 3).

Ved tjenestetildeling skal kommunene begrunne vedtaket og opplyse om klagemuligheter. Saksmappegjennomgang viser at alle kommunene i hovedsak oppfyller disse kravene.

Tekstboks 3 Omsorgstrappen

Omsorgstrappen fremstiller sammenhengen mellom bistandsbehov og omfang av tjenestetilbud. Trappen benyttes for å illustrere hvordan tjenestetilbudet skal øke med tjenestemottakernes økende bistandsbehov.



Det laveste trinnet i omsorgstrappen illustrerer tiltak som settes inn for personer med begrenset bistandsbehov. Eksempel på dette kan være alle former for forebyggende tiltak, som eldresentre, matombringing og trygghetsalarm. Det neste trinnet indikerer et høyere bistandsbehov og dermed et økt behov for hjelp. Det kan være praktisk bistand, hjemmesykepleie, dagtilbud, avlastning og fysioterapi i varierende omfang. Trinn tre indikerer et ytterligere bistandsbehov. Tilbudet her kan være økt hjelp i hjemmet, og det kan omfatte et tilrettelagt botilbud. Det siste trinnet antyder et høyt bistandsbehov, og her kan det være behov for heldøgns pleie, enten i eget hjem eller på institusjon.

Hjemmetjenester

Det er et uttalt nasjonalt mål at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.⁵⁵ Alle kommunene i undersøkelsen arbeider ut fra at tjenestemottakerne skal få bo hjemme så lenge de ønsker, men det varierer hvorvidt kommunene har skriftliggjort dette i overordnede målsetninger for området. Hjemmetjenester gis i form av praktisk bistand og hjemmesykepleie i tjenestemottakernes eget hjem. Omfanget kan variere fra få timer i uken til døgntilstandshjelp.

Undersøkelsen viser at grunnet plassmangel får flere tjenestemottakere bygget opp et omfattende tjenestetilbud i eget hjem som alternativ til langtidsplass i institusjon. Nivået på dette tilbudet tilstrebes å tilsvare tjenestenivået som gis ved institusjonsopphold.⁵⁶

Det varierer mellom kommunene hvorvidt tilbudet i hjemmet anses som tilstrekkelig. Flere fremhever at tilbudet til hjemmeboende ikke alltid er tilstrekkelig, og det pekes på at heller ikke tilbudet som bygges opp rundt hjemmeboende med avslag på institusjonsplass, alltid er tilstrekkelig for å sikre at bistandsbehovet dekkes.⁵⁷

Videre pekes det på at noen tjenestemottakere plasseres på feil omsorgsnivå. Flere fremhever at det bor tjenestemottakere hjemme med et bistandsbehov som tilsvarer et behov for sykehjemsplass, mens enkelte sykehjemsbeboere har et bistandsbehov som tilsier at de ville fått et tilstrekkelig tilbud i eget hjem.⁵⁸ Det understrekes samtidig at enkelte av tjenestemottakerne selv ønsker og velger å bo hjemme, selv om de kan få tilbud om institusjonsplass.⁵⁹

Personer som plasseres på feil omsorgsnivå, kan illustreres ved hjelp av tabell 8 i kapittel 4.3. Tabellen viser at selv om tildeling av tjenester i hovedsak synes å fungere i tråd med intensjonene i omsorgstrappen, finnes det tjenestemottakere med et bistandsbehov som ikke nødvendigvis

55) Det har vært et nasjonalt mål siden St.meld. nr. 50 (1996–1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, og er gjentatt i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.

56) Kommune A, B, C, D, F.

57) Kommune A, C, D, F, G.

58) Kommune A, C, D, E, F, G.

59) Kommune A, C, D, F, G.

reflekterer det tildelte tjenestetilbudet. Eksempel på dette er at en tredel av tjenestemottakerne med tidsbegrenset opphold har et omfattende bistandsbehov, og at nesten én av ti tjenestemottakere som kun mottar hjemmesykepleie, har et omfattende bistandsbehov.

Flere opplever at ansatte bruker for liten tid hjemme hos tjenestemottakerne.⁶⁰ Mange pårørende har ansvar for eldre hjemmeboende med stort bistandsbehov, og manglende pleie- og omsorgstilbud kan påføre pårørende et stort ansvar. Flere mener innsatsen pårørende yter, er avgjørende for at eldre kan bli boende hjemme, og et mer omfattende kommunalt tjenestetilbud kunne gjort det lettere å ha ansvar for eldre hjemme.⁶¹

Arbeidstilsynet har gjennomført flere landsomfattende tilsyn som avdekker at tidspress og stor arbeidsbelastning i hjemmetjenesten er et problem. Tidspress kan føre til manglende oppfølging av tjenestemottakerne og manglende tid til å forebygge truende situasjoner.⁶²

Tilbudet til hjemmeboende er også tatt opp i rapporter fra Helsetilsynet i fylkene. Det pekes på at kommunene ikke sikrer at alle tjenestemottakere får tilbud om helsetjenester på et forsvarlig nivå, og at flere av kommunene ikke har systemer som sikrer en helhetlig oversikt over hvilke tjenester den enkelte tilbys. Videre pekes det på utfordringer knyttet til å sikre at grunnleggende behov dekkes, herunder medisinsk behandling og ernæring. I tillegg peker enkelte rapporter på utfordringer i forbindelse med å sikre at behovet for praktisk bistand og tjenestetilbud i løpet av natten. Noen rapporter fremhever at antall tjenesteytere som besøker den enkelte tjenestemottaker, bør reduseres, mens andre rapporter bemerker at stort arbeidspress hos ansatte ser ut til å gå utover tiden de har tilgjengelig til hver tjenestemottaker.

Institusjonstjenester

Alle kommunene i undersøkelsen har tilbud om både tidsbegrenset opphold og langtidsopphold. Flere gir uttrykk for at de har for få institusjonsplasser.⁶³ Hvorvidt kommunene mangler tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold, varierer. Manglende institusjonsplasser fører til at flere av kommunene har ventelister på institusjonsopp-

hold.⁶⁴ Ventelistene benyttes i hovedsak for å ha oversikt over personer som enten ønsker eller har behov for institusjonsopphold. En undersøkelse mener at det ikke finnes et fullgodt alternativ for tjenestemottakere med behov for institusjonsplass, og at ventelister derfor kan antyde et utilstrekkelig eller feilorganisert tjenestetilbud.⁶⁵

Blant sykehjemsbeboere er det mange demente.⁶⁶ Tabell 7 i kapittel 4.3 viser at én av fem institusjonsplasser på landsbasis var avsatt til demente tjenestemottakere i 2007. De undersøkte kommunene har i varierende grad etablert institusjonsplasser tilrettelagt for tjenestemottakere med demens. Flere mener det er opprettet for få skjermede enheter for denne gruppen tjenestemottakere.⁶⁷ Demensplan 2015 *Den gode dagen* peker på betydningen av tilpassede botilbud for demente tjenestemottakere. Demensplanen fremhever også at tilrettede botilbud i form av små bokollektiv og institusjonsavdelinger med aktivitetsmuligheter er bedre enn institusjoner med store avdelinger over mange etasjer.

For å utsette et permanent institusjonsopphold, har samtlige av de undersøkte kommunene satt av plasser til tidsbegrenset opphold. Tidsbegrensede opphold kan brukes til å gjenvinne tjenestemottakernes funksjonsnivå gjennom trening og tilrettelegging, og det kan benyttes som avlastning for tjenestemottakere og pårørende. Undersøkelsen tyder på at plassene i enkelte av kommunene ikke benyttes i henhold til formålet. På grunn av lav institusjonskapasitet benyttes plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i flere tilfeller av tjenestemottakere med behov for langtidsopphold.⁶⁸ Feil bruk av plasser reduserer gjennomstrømmingen og medfører at enkelte tjenestemottakere med behov for institusjonsopphold ikke mottar dette tidsnok.

Flere rapporter fra Helsetilsynet i fylkene omhandler tjenestetilbudet i institusjon. Det pekes på forhold som at institusjonene ikke har etablert systemer som sikrer et individuelt tilpasset tilbud til beboerne. Videre peker flere rapporter på at det ikke sikres at alle beboere får ivarettatt sine grunnleggende behov, herunder

60) Kommune A, B, D, E, G.

61) Kommune B, C, D, F, G.

62) Arbeidstilsynet (2007) *Rett Hjem – kampanje i hjemmetjenesten 2002–2007*.

63) Kommune A, B, C, D, F, G.

64) Kommune A, C, D, E, F.

65) Otterstad, og Tønseth, *Hvordan unngå sykehjemskø? Aldring og livsløp 4/2007*.

66) En undersøkelse viser at blant sykehjemsbeboere er nær 80 prosent demente. Selbæk, Kirkevold og Engedal, *The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006.

67) Kommune A, B, C, E.

68) Kommune A, D, E, F, G.

medisinsk behandling og ernæring. Enkelte sykehjem har ikke rutiner for å utrede og diagnostisere beboere med mistanke om aldersdemens, mens andre rapporter peker på manglende skjermede enheter for demente. Noen rapporter påpeker også at kommunenes kapasitet på sykehjemsplasser ikke er dimensjonert ut fra behovet, noe som fører til at alle med behov ikke mottar sykehjemsplass.

5.2 Tiltak for å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå

For å kunne ivareta tjenestemottakernes funksjonsnivå og for å demme opp for fremtidig funksjonstap, er det nødvendig at det tildelte tjenestetilbudet bygger opp under eksisterende funksjonsnivå. Verdien av å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå understrekes av samtlige kommuner, og alle har etablert en rekke aktivitetstilbud. De vanligste tilbudene for hjemmeboende eldre er dagtilbud, eldresentre og ulike kulturtilbud.

I tillegg til spesifikke aktivitetstilbud peker flere av kommunene på nødvendigheten av kontinuerlig å rette oppmerksomheten mot aktivisering i den daglige pleien av tjenestemottakerne.⁶⁹ Flere av kommunene opplyser likevel at de ligger på etterskudd med aktivisering, samt forebyggende og rehabiliterende arbeid.⁷⁰

Ergoterapi og fysioterapi er tiltak kommunene kan sette inn for å stimulere og opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå. Det er bred enighet om at det er begrenset tilgang på fysioterapeuter og ergoterapeuter, både i institusjon og i hjemmetjenesten.⁷¹

I rapporter fra Helsetilsynet i fylkene er det rettet oppmerksomhet mot aktivitetstilbudet til eldre tjenestemottakere. Det pekes på at det ikke i tilstrekkelig grad sikres forsvarlig aktivisering, mobilisering og opptrening av tjenestemottakerne, samt at aktivitetstilbudet ikke tilpasses den enkeltes behov. Noen rapporter fremhever at pleieplaner ikke inneholder mål og tiltak for tjenestemottakernes fysiske aktivisering. Enkelte av rapportene peker også på at det ikke sikres et forsvarlig tilbud om fysioterapi.



Foto: PhotoDisc

Dagtilbud

Dagtilbud skal både bidra til aktivisering av tjenestemottakerne og fungere som avlastning for pårørende. Dagtilbud kan inneholde forskjellige former for aktivitetstilbud som sang, dans, håndverksaktiviteter og gymnastikk på blant annet eldresenter, dagsenter på institusjon, seniorsenter og liknende. Dagtilbud er ikke en lovpålagt oppgave, men samtlige av kommunene i undersøkelsen har dagtilbud som en del av sitt pleie- og omsorgstilbud.⁷²

Det er bred enighet blant kommunene om at dagtilbud har stor betydning som forebyggende tiltak for hjemmeboende.⁷³ De fleste av kommunene har likevel ikke tilstrekkelig kapasitet til å kunne tilby dagtilbud til alle tjenestemottakere som kunne hatt nytte av tilbudet. I tillegg fremheves det at enkelte som allerede mottar dagtilbud, ikke får tjenesten i det omfang de har behov for.⁷⁴ Underkapasitet fører til at alle kommunene har ventelister.⁷⁵

Videre er det bred enighet om at dagtilbudet ikke er differensiert nok ut fra tjenestemottakernes ulike behov.⁷⁶ Behovet kan for eksempel være forskjellig for eldre med og uten demens, for kvinner og menn og dessuten for

69) Kommune A, B, C, E, F, G.

70) Kommune A, B, C, D, F, G.

71) Kommune A, B, C, D, E, F, G.

72) Selv om dagtilbud ikke er en lovpålagt oppgave, understreker Helse- og omsorgsdepartementet i rundskriv I-5/2007 at kommunene plikter å tilby slike tjenester. I kapittel 8.1.2 er rundskrivet ytterligere omtalt.

73) Kommune B, C, D, E, G.

74) Kommune A, B, C, E, F, G.

75) Kommune A, C, D, E, F, G.

76) Kommune A, B, C, E, F, G.

ulike aldersgrupper. Også betydningen av å tildele dagtilbud i tide vektlegges, ettersom det øker tjenestemottakernes mulighet til å nyttiggjøre seg av tilbudet og reduserer presset på kommunenes institusjonstjenester.⁷⁷

Ernæring

Aldring medfører redusert matlyst og lavt matinntak.⁷⁸ Det er derfor viktig å følge opp eldres ernæringsstatus. Undersøkelsen viser at enkelte av kommunene har vanskeligheter med å følge opp dette.⁷⁹ Det er særlig utfordrende å sikre hjemmeboendes ernærings situasjon når flere pleiere med begrenset tid er innom tjenestemottakerne i løpet av dagen.⁸⁰ Betydningen av det sosiale rundt måltidene understrekes av flere, ettersom ernæringsstatus ofte bedres når mat serveres til faste tider og i felleskap.⁸¹ For hjemmeboende kan derfor hjemmetjenestens tilstedeværelse stimulere til økt matinntak.

Enkelte av kommunene har i større grad enn andre rettet oppmerksomheten mot tjenestemottakernes ernæringsstatus, og har utarbeidet prosedyrer for å sikre at tiltak iverksettes ved bekymring rundt ernærings situasjonen.⁸² Til tross for økt oppmerksomhet om ernæringsvikt innlegges det både dehydrerte og underernærte eldre pasienter fra hjemmetjenesten og sykehjem på sykehusene.⁸³



Foto: ScandinavianStockPhoto

77) Kommune A, B, F, G.

78) IS-1327 *Når matinntaket blir for lite ...*, Nasjonalt råd for ernæring, Sosial- og helsedirektoratet, juni 2006.

79) Kommune A, C, D, E.

80) Kommune A, C, D, E.

81) Kommune A, C, D, E.

82) Kommune D, E, G.

83) Kommune A, B, C, D, F, G.

Helsetilsynet i fylkene har i flere rapporter pekt på at kommunene har dårlige rutiner for å avdekke og følge opp ernæringsvikt hos tjenestemottakerne. Videre pekes det på at ansatte ikke har tilstrekkelig kunnskap om ernæringsvikt, og at det er mangelfull dokumentasjon om tiltak rettet mot ernæringsvikt i pleieplaner.

5.3 Oppfølging av det medisinske tilbudet

Flere medisinske aktører, som fastlege, legevakslege, tilsynslege og sykehuslege, er involvert i medisinerordning til eldre tjenestemottakere. Mange involverte krever godt samarbeid og tett kommunikasjon i forbindelse med endring og seponering⁸⁴ av medikamenter.

Undersøkelsen viser at det er mangler i samarbeidet og kommunikasjonen mellom de ulike medisinske aktørene. Flere mener dette medfører ulik medisinsk informasjon om mottakerne hos fastlege, på sykehus og i pleie- og omsorgstjenesten.⁸⁵ Mangel på helhetlig oversikt kan føre til feil medisiner og/eller at tjenestemottakerne får kombinasjoner av medisiner med potensielle uheldige konsekvenser. Ettersom det er mange aktører involvert i medisineringen, peker flere på behovet for et felles elektronisk medisinsk informasjonsutvekslingssystem for både fastlegene, kommunene og sykehusene.⁸⁶

Utdeling av medisiner skal utføres av personell med opplæring og delegert myndighet.⁸⁷ Undersøkelsen avdekker at noen av kommunene likevel lar personell uten relevant fagutdanning og/eller personell uten nødvendig opplæring dele ut medisin til tjenestemottakere både i hjemmetjenesten og i institusjon.⁸⁸

Rapporter fra Helsetilsynet i fylket peker på at det ikke er utarbeidet rutiner som sikrer at det på en systematisk måte blir gjennomført medisinske undersøkelser og medisinsk oppfølging av pasientene. Flere rapporter peker også på at kommunene ikke sikrer at personell som deler ut medikamenter, har gyldig delegasjon,

84) Seponere betyr å fjerne medikament(er) fra medisinsliste.

85) Kommune A, B, C, D, E, F, G.

86) Kommune A, B, C, D, E, G. Helsedirektoratet mener det må utarbeides rutiner for oppdatering av medikamentendringer på system- og utøvernivå i kommunene, som også innbefatter og forplikter fastlegene. Viktige hjelpemidler er mer generell bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) i helsenettverket og innføring av e-resept (IS-1420 *Legetjenester til personer med pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon*, Sosial- og helsedirektoratet, 2006, side 37).

87) I 2008 kom en ny forskrift om legemiddelhåndtering som innebærer at lege ikke lenger må delegere myndighet.

88) Kommune D, E.

og at legemiddelhåndteringen ikke er i samsvar med regelverket.

Legetjenester

Eldre har ulike former for legekontakt. Hjemmeboende får hovedsakelig legetjenester fra sin fastlege, mens institusjonsbeboere mottar legetjenester fra tilsynslegen ved sykehjemmet. I tillegg har en del eldre kontakt med legevakten, som i hovedsak er det medisinske tilbudet på kveldstid, nattestid og i helgene.

Undersøkelsen viser at det generelt er lite samarbeid mellom fastlegen og pleie- og omsorgstjenesten.⁸⁹ Videre pekes det på at fastlegen sjelden gjennomfører hjemmebesøk hos eldre hjemmeboende i de undersøkte kommunene. Selv om fastlegen ikke er forpliktet til å foreta hjemmebesøk, mener flere at det kunne gitt en bedre medisinsk oppfølging.⁹⁰

Kommunikasjon mellom fastlegen og pleie- og omsorgstjenesten er tatt opp i en rapport fra Helsedirektoratet. Rapporten viser til at kommunikasjonen mellom pleie- og omsorgstjenesten og de fleste fastlegene avtar med kommunestørrelse. Det synes å være en gråsoner mellom fastlegenes oppfølgingsansvar for egne pasienter og bruk av legevaktslege. Helsedirektoratet mener dette sannsynligvis har konsekvenser for kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene, spesielt da legevaktsleger ikke alltid har tilgang til nødvendige opplysninger om tjenestemottakerne.⁹¹

Tilsynslegen har det medisinske ansvaret for tjenestemottakere med opphold i institusjon. Undersøkelsen viser at det i flere av kommunene er lav legedekning på sykehjemmene, og at tilsynslegene ikke har tilstrekkelig tid til å følge opp beboerne.⁹² I samtlige av kommunene er de fleste tilsynslegene ansatt i små stillingsbrøker, noe som kan føre til at sykehjemmets tilsynslegefunksjon deles på flere leger. Å ha flere tilsynsleger tilknyttet samme sykehjem kan også gi utfordringer i koordineringen av oppgaver, og det kan bidra til å svekke informasjonsflyt og kontinuitet i den medisinske oppfølgingen.

Når annen legekompertanse ikke er til stede, tilkalles vanligvis legevakten. Det er generell enighet om at legevakten ofte foretar unødvendige innleggelser. Årsaken kan være legevaktens



Foto: Ingram

manglende kjennskap til pasientene, som gjerne har et komplekst sykdomsbilde og vanskeligheter med å uttrykke seg.⁹³ Enkelte av kommunene opplyser at lav bemanning og/eller lav tilsynslegedekning i sykehjem kan føre til at legevakten tilkalles hyppigere.⁹⁴ Økt tilstedeværelse av tilsynslege kan demme opp for unødvendige innleggelser, ettersom tilsynslegen gjerne har bedre kjennskap til pasientene.⁹⁵

Noen rapporter fra Helsetilsynet i fylkene påviser mangelfullt samarbeid mellom hjemmetjenesten og tjenestemottakernes fastlege. Videre peker enkelte rapporter på at noen av kommunene ikke har lagt til rette for at tilsynslegen kan drive en forsvarlig praksis, og at det er manglende tilrettelegging for å utnytte tilsynslegens kompetanse fullt ut.

5.4 Vurderinger

Det fremgår av undersøkelsen at kommunene ikke alltid klarer å sikre at alle tjenestemottakere mottar et tjenestetilbud i tråd med sitt registrerte bistandsbehov. Flere av kommunene benytter ventelister på enkelte av sine pleie- og omsorgstjenester. Undersøkelsen viser videre at enkelte

89) Kommune A, B, C, D, E, F.

90) Kommune A, C, D, E, F, G.

91) IS-1420 *Legetjenester til personer med pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon*, Sosial- og helsedirektoratet, 2006, side 35.

92) Kommune B C, D, E, F.

93) Kommune B, C, D, E, F.

94) Kommune A, B, D, E.

95) Kommune B, C, D, E, F, G.

med relevant bistandsbehov får avslag på institusjonsplass som følge av manglende tilgjengelighet.

Videre avdekker undersøkelsen at institusjonsplasser benyttes til andre formål enn hva de er avsatt til. Flere av kommunene benytter plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, til tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass i institusjon. Feil bruk av institusjonsplasser begrenser tilgjengeligheten og medfører at enkelte tjenestemottakere ikke får et godt nok tilbud ut fra sitt bistandsbehov.

Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lenger i eget hjem, og reduserer presset på institusjonstjenestene. Kommunene i undersøkelsen fremhever at de ikke har tilstrekkelig kapasitet til å tilby dagtilbud i det omfang tjenestemottakerne har behov for. Dagtilbudet er i liten grad tilpasset tjenestemottakernes forskjellige behov, og flere av kommunene mener det er nødvendig med økt differensiering av dagtilbudet for i større grad å kunne ivareta tjenestemottakernes ulike aktivitetsbehov.

Det fremgår av undersøkelsen at kommunene har liten tilgang på fysioterapi- og ergoterapitjenester til eldre institusjonsbeboere. Det kommer også frem at det er mangler i oppfølgingen av tjenestemottakernes ernæringsstatus, både i hjemme-tjenesten og i institusjon.

Undersøkelsen viser at det er mangler i legetilbudet til eldre institusjonsbeboere. Flere av kommunene har lav legedekning på sykehjemmene, og de fleste tilsynslegene er ansatt i små stillingsbrøker.

Ifølge undersøkelsen er det mange medisinske aktører involvert i helsetilbudet til eldre tjenestemottakere. Undersøkelsen viser videre at det er mangler i samarbeidet og kommunikasjonen mellom de medisinske aktørene. Manglende samhandling mellom aktørene medfører i enkelte tilfeller at de medisinske aktørene har ulik informasjon om tjenestemottakerne.

6 Hvordan sikrer kommunene at tjenestetilbudet til eldre tjenestemottakere har tilstrekkelig kvalitet?

6.1 Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

De fleste kommunene i undersøkelsen har utarbeidet egne handlingsplaner for eldreomsorgen. Gjennomgang av handlingsplanene viser at alle kommunene fremhever økning og/eller tilpasning av institusjonsplasser og utbygging av hjemmetjenester og dagtilbud som viktige områder å prioritere.

Internkontroll

Alle kommunene som er besøkt, har etablert et internkontroll- og kvalitetssystem. Det varierer i hvilken grad kommunenes internkontroll- og kvalitetssystem er tatt i bruk. I flere av kommunene er det ikke gitt nødvendig opplæring i bruk av systemet, og mange av de ansatte kjenner bare til deler av systemet.⁹⁶

Rapporter fra Helsetilsynet i fylkene har også avdekket mangler ved kommunenes internkontroll- og kvalitetssystemer. Manglene knytter seg til at systemet ikke er tilstrekkelig kjent, tatt i bruk og oppdatert. Dette kan medføre at kommunene ikke er i stand til å gi faglige forsvarlige tjenester samt sikre rettssikkerheten til mottakere med svekket autonomi.

Avvik og risikovurdering

Alle kommunene i undersøkelsen har utarbeidet systemer for avvikshåndtering, men undersøkelsen viser at det er en klar underrapportering av avvik.⁹⁷ Ikke alle kommunene har utarbeidet klare kriterier for hva som skal defineres som avvik.⁹⁸ I tillegg pekes det på manglende kultur for og holdninger til å melde avvik. Her vises det til at det er ulik kultur for å melde avvik mellom de ulike enhetene i tjenesten, og at avviksmelding kan oppfattes som lite kollegialt.⁹⁹ De fleste avvik som meldes, er rettet mot medisinhåndtering og HMS.¹⁰⁰

Enkelte peker på at det er viktig at ledere følger opp innmeldte avvik, både for å motivere til videre melding av avvik og for å bidra til å bedre

kvaliteten på avviksmeldingen.¹⁰¹ Enkelte trekker frem at ledere ikke i tilstrekkelig grad gir tilbakemelding på rapporterte avvik.¹⁰² Manglende tilbakemelding på hva som skjer med de innrapporterte avvikene, kan føre til at motivasjonen for å melde avvik reduseres.

Helsetilsynet i fylkene har i flere rapporter påvist mangler ved kommunenes avvikssystemer. Rapportene peker på manglende avklaring av og bevisstgjøring om hva som skal anses som et avvik. Det vises også til manglende kultur for avviksmelding og manglende tilbakemeldingsrutiner. Helsetilsynet fremhever også i noen rapporter at kommunene ikke har etablert en praksis for systematisk gjennomgang av områder hvor det kan være fare for svikt eller mangler. I enkelte rapporter fremgår det at det ikke er gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser for å vurdere mulige konsekvenser av utsatte områder.

6.2 Bemanning og kompetanse

Undersøkelsen viser at alle kommunene ser det som en utfordring å rekruttere tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten.¹⁰³ Enkelte av kommunene peker på at det er spesielt vanskelig å rekruttere fagpersonell til hjemmetjenesten.¹⁰⁴

Gjennomgang av kommunale dokumenter viser at det varierer hvorvidt kommunene har utarbeidet rekrutteringsplan og kompetanseplan for pleie- og omsorgstjenesten. Få av kommunene har gjennom planer tydeliggjort hvilke faggrupper de har behov for på sikt, og hvordan disse skal rekrutteres.¹⁰⁵ Det er også stor variasjon når det gjelder i hvilken grad planene gir en god fremstilling av tilgjengelig kompetanse og behovet for kompetansehevede tiltak.

Enkelte av kommunene har etablert undervisningssykehjem.¹⁰⁶ Undervisningssykehjemmene er tilført ekstra ressurser for å arbeide med

96) Kommune A, C, D, F.

97) Kommune A, B, C, D, F, G.

98) Kommune B, C, E.

99) Kommune C, E, F, G.

100) Kommune B, C, E, G.

101) Kommune B, G.

102) Kommune A, B.

103) Kommune A, B, C, D, E, F, G.

104) Kommune A, C, E.

105) Kommune A, B, C, D, F og G har ikke utarbeidet planer.

106) Kommune E og F.



Foto: ScandinavianStockPhoto

kompetanseheving og spre erfaringer til de øvrige sykehjemmene i kommunen eller regionen.¹⁰⁷ Undersøkelsen viser at undervisningssykehjemmene driver mye intern kompetanseheving og utvikling, men at kommunene og undervisningssykehjemmene ikke i samme grad har klart å spre kunnskapen til de øvrige sykehjemmene i kommunen. Undervisningssykehjemmene fungerer til en viss grad som "mønstersykehjem" i kommunen.

Flere av kommunene mener bemanningen i pleie- og omsorgstjenesten ikke alltid er tilstrekkelig.¹⁰⁸ Særlig i helgene og på nettene, påpekes det at bemanningen er lav, noe som kan redusere kvaliteten på tjenestetilbudet. Alle kommunene i undersøkelsen benytter seg av personell uten relevant fagutdanning. Flere av kommunene opplyser at personellet som regel ikke er ansatt i fulltidsstillinger, men i små stillingsbrøker, som benyttes ved kvelds-, natt- og helgearbeid. I tillegg benyttes de som vikarer ved ferie og syke-

fravær.¹⁰⁹ Det innebærer at tjenestetilbudet er sårbart og særlig utsatt i forbindelse med helger og ferier, ettersom det da er lavere bemanning enn i ukedagene og oftere benyttes personell uten relevant fagutdanning.¹¹⁰

Flere av kommunene peker på at sykefraværet i pleie og omsorgstjenesten er høyt.¹¹¹ Sykefravær fører ofte til økt bruk av personell uten relevant fagutdanning.

Undersøkelsen viser at alle kommunene har ansatte i små stillingsbrøker.¹¹² Disse ansatte kjenner gjerne ikke tjenstemottakerne like godt som ansatte i fulltidsstillinger, og har derfor behov for god informasjon og tett oppfølging. Flere av kommunene peker på at utstrakt bruk av deltidsstillinger kan skape manglende kontinuitet for tjenstemottakerne, og at oppfølging av personellet vanskeliggjøres.¹¹³ Som vist i kapittel 4.4 er bruken av små stillingsbrøker utbredt i pleie- og omsorgstjenesten. I gjennomsnitt benyttes det nesten to sysselsatte for å utføre ett årsverk i pleie- og omsorgstjenesten.

Selv om en rekke av kommunene har flere ansatte i små stillingsbrøker, peker enkelte på at mange ansatte fyller opp deltidsstillingene med ledige vakter.¹¹⁴ For å få bukt med deltidsproblematikken har noen av kommunene igangsatt prosjekter med dette som tema.¹¹⁵

God og kontinuerlig dokumentasjon av tjenstemottakernes tilstand er nødvendig for å sikre at alle ansatte har tilgang på relevant informasjon. Enkelte peker på at det ikke alltid blir dokumentert tilstrekkelig, og at dokumentasjon i noen tilfeller blir nedprioritert fordi det tar tid bort fra direkte tjenesteyting.¹¹⁶ Helsetilsynets tilsynsmelding for 2007 gjør oppmerksom på at økende bruk av vikarer og skifte av personell skaper ekstra utfordringer for de som skal sikre systemer som gir kontinuitet og oversikt over sykdomsutviklingen til pasientene.¹¹⁷

Helsetilsynet i fylkene har i flere rapporter pekt på svakheter ved kommunenes bemanning og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren. Rapportene viser at personellet ikke alltid er i besittelse

107) Det er etablert seks hovedundervisningssykehjem med 14 tilhørende satellittundervisningssykehjem. Undervisningssykehjemmene skal være sete for fagutvikling og klinisk forskning knyttet til metoder for å bedre pleien, omsorgen og behandlingen av pasienter og å øke opplevelsen av livskvalitet, trygghet og verdighet blant eldre mennesker. Hovedmålene til undervisningssykehjemmene er å bedre kvaliteten i sykehjemstjenesten og å øke statusen og anseelsen for faget geriatri (www.undervisningssykehjem.no).

108) Kommune A, B, C, D, E, F.

109) Kommune A, B, C, D, E, F, G.

110) Kommune A, B, C, D, E.

111) Kommune A, B, D, E, G.

112) Kommune A, B, C, D, E, F, G.

113) Kommune A, B, D, E, F, G.

114) Kommune A, B, D.

115) Kommune C, E, F, G.

116) Kommune C, E.

117) Tilsynsmelding 2007, Statens helsetilsyn, mars 2008, side 16.

av nødvendig kompetanse ut fra oppgavene som skal utføres, og dessuten at kommunene ikke sikrer nødvendig opplæring av ansatte. Noen rapporter fremhever også at det ikke alltid er tilstrekkelig bemanning i pleie- og omsorgssektoren.

6.3 Vurderinger

Alle kommunene i undersøkelsen har etablert et internkontroll- og kvalitetssystem. Systemet er i varierende grad tatt i bruk, og ansatte har i varierende grad kjennskap til systemet.

Kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering. Likevel viser undersøkelsen at det er en klar underrapportering av avvik, og at kommunene i liten grad har utarbeidet kriterier for hva som skal defineres og meldes som avvik. At uheldige hendelser i liten grad identifiseres og innrapporteres, innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Faglært bemanning er viktig for å sikre et godt tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at kommunene har en utfordring når det gjelder å sikre tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse. Det fremgår også av undersøkelsen at få av kommunene har oversikt over hvilken kompetanse de har behov for på sikt, og hvordan kompetansen skal rekrutteres.

7 I hvilken grad er samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten tilrettelagt for eldre tjenestemottakere?

7.1 Samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehusene

Alle kommunene i undersøkelsen har inngått samarbeidsavtaler med det lokale sykehuset. Formålet med samarbeidsavtalen er å sikre at pasienten tas hånd om på riktig omsorgsnivå slik at helsetjenestene oppleves mest mulig sammenhengende. Gjennomgang av avtalene viser at det i varierende grad er utarbeidet konkrete prosedyrer for inn- og utskrivninger av pasienter mellom sykehusene og kommunene. Det varierer også hvorvidt samarbeidsavtalene er tatt i bruk på alle nivåer i kommunene og på sykehusene, og hvorvidt avtalenes retningslinjer for det daglige samarbeidet følges.¹¹⁸

Alle samarbeidsavtalene inneholder rutiner for hvordan avviksmeldinger mellom sykehusene og kommunene skal håndteres.¹¹⁹ Flere av kommunene erfarer at sykehusene ikke har rutiner for å ta imot og behandle innrapporterte avvik. Det har medført at flere av kommunene i liten grad sender avvik til sykehusene.¹²⁰ Sykehusene bekrefter at de ikke har gode rutiner for å ta imot og behandle avvik fra kommunene. Samtidig opplyser de at de heller ikke har gode rutiner for selv å sende avvik til kommunene.¹²¹



Foto: ScandinavianStockPhoto

118) Kommune A, B, C, D, E, F, G.

119) Kommune C er i ferd med å etablere avviksrutiner.

120) Kommune A, B, D, F.

121) Kommune B, D, E, G.

7.2 Innleggelse og utskrivning fra sykehus

Undersøkelsen viser at det er mangler ved informasjonsoverføringen mellom kommunene og sykehusene både ved innleggelse og ved utskrivning. Sykehusene vektlegger betydningen av å motta all nødvendig informasjon om pasientens sykdomsbilde, eventuelt pågående behandlingsopplegg og funksjonsnivå, ved innleggelse av pasienter fra kommunene.

God kommunikasjon i forkant av utskrivning er nødvendig for at kommunene skal kunne tilrettelegge et mest mulig hensiktsmessig tjenestetilbud til pasientene. Flere av kommunene peker på at sykehusene ikke alltid gir tidsnok informasjon om utskrivning av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Kommunene mener derfor de ikke bestandig har mulighet til å tilrettelegge et godt tjenestetilbud.¹²²

Flere peker på at den medisinske informasjonen er mangelfull i forbindelse med utskrivning fra sykehusene til kommunene, og at det kan ta lang tid før epikrise¹²³ sendes fra sykehuset til ansvarlig lege i kommunen.¹²⁴ Ifølge nasjonal standard skal epikrisen sendes henvisende lege innen syv dager fra utskrivning. Hvis ikke fullverdig epikrise kan sendes med pasienten, bør det følge med et foreløpig notat eller utskrivningsnotat, noe som gjøres ved enkelte av sykehusene i undersøkelsen.¹²⁵ Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til kontinuitet i behandlingen og tilstrekkelig oppfølging etter utskrivning. Fra 2004 til 2007 har det vært en økning i andel epikriser som blir sendt innen syv dager, men det er fortsatt mange helseforetak med lav andel epikriser sendt innen fristen på syv dager. Kun ett helseforetak sendte alle sine epikriser innen syv dager i 2007.¹²⁶

122) Kommune A, B, C, G.

123) En epikrise er en skriftlig oppsummering av en sykdomsstatus, sykdommens årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling. Epikrisen er en standardrapport som utarbeides av behandlende lege og sendes til pasientens fastlege eller tilsynslegen ved sykehjemmet. I følge forskrift om pasientjournal skal epikrise sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Dette innebærer at helseinstitusjoner har en lovpålagt plikt til å sende epikrise. Den bør ankomme i tide for at korrekt oppfølging skal kunne finne sted, og den bør inneholde opplysninger som er nødvendige for slik oppfølging.

124) Kommune A, B, C, D, F, G.

125) Kommune A, B, F.

126) SINTEF Helse, SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007.

I de fleste samarbeidsavtalene er det definert hva som menes med en utskrivningsklar pasient, og definisjonen benyttes i hovedsak slik den er utformet i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.¹²⁷ Flere fremhever at det i enkelte tilfeller oppstår uenigheter knyttet til hvorvidt en pasient er utskrivningsklar.¹²⁸ Når slik uenighet oppstår, er det i de fleste tilfeller sykehusene som avgjør om pasienten skal skrives ut, og kommunene har liten innflytelse på avgjørelsen.¹²⁹

Kommunene er bekymret for at de ikke har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot pasienter som skrives ut fra sykehuset tidligere enn før, og som ofte har et omfattende pleiebehov.¹³⁰ Pasienter som skrives ut med et omfattende pleiebehov, kan skape et prioriteringsproblem for kommunene i krysspresset mellom hjemmeboende med akutt behov for sykehjems plass og utskrivningsklare pasienter fra sykehusene med behov for sykehjems plass.

Enkelte sykehusansatte og kommunalt ansatte mener at spesialiseringen av sykehusavdelinger utgjør en risiko for at pasienter kun får behandling for enkeltdiagnoser.¹³¹ Sykehusene mener videre at mangel på geriater og geriatriske avdelinger kan forsterke faren for at eldre pasienter ikke får en helhetlig vurdering, men kun får behandling for enkeltdiagnoser.¹³² En rapport fra Sosial- og helsedirektoratet påpeker at eldre pasienter bør få en helhetlig vurdering. Det er derfor nødvendig at spesialisthelsetjenesten har nødvendig geriatrisk kompetanse.¹³³

Behandling av enkeltdiagnoser ved sykehusene kan føre til at eldre pasienter ikke får den behandlingen de trenger, noe som igjen kan føre til en økning i antall reinnleggelser.¹³⁴ Ifølge SINTEF Helse øker andelen reinnleggelser med alder. I 2006 ble 15 prosent av aldersgruppen 70 til 79 år reinnlagt, mot 7,5 prosent i aldersgruppen 30 til 39 år. I rapporten vises det også til flere studier som understreker at reinnleggelser av eldre pasienter kan unngås med bedre planlegging og samhand-



Foto: ScandinavianStockPhoto

ling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.¹³⁵

Mangel på kommunikasjon og samhandling mellom sykehusene og kommunene kan også føre til at eldre pasienter legges inn på sykehus unødig. Undersøkelsen viser at enkelte innleggelser skjer på bakgrunn av behov for intravenøs behandling, noe som av flere anses som unødvendige innleggelser.¹³⁶

Riksrevisjonens undersøkelse av IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten viser at IKT i svært liten grad er tatt i bruk for å bedre samhandlingen mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Undersøkelsen peker på at det nesten ikke finnes noen elektronisk meldingsutveksling mellom kommunene og sykehusene. Det slås fast at bruk av elektroniske løsninger kan være et vesentlig bidrag til å nå målene om et helhetlig og sammenhengende omsorgs- og behandlingstilbud.¹³⁷

Flere av landets kommuner og sykehus har opprettet ulike former for samarbeid for å bedre pasientflyten og samarbeidet mellom nivåene. Intermediæravdelinger ved sykehjem og ambulante team er eksempler på samarbeidsformer i de besøkte kommunene.

127) Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, § 3.

128) Kommune A, B, C, E, G.

129) Kommune A, B, C, G.

130) Kommune A, B, C, D, G.

131) Kommune A, C, D, F.

132) Kommune A, D, E, F.

133) IS-1498 Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. Sosial- og helsedirektoratet, november 2007.

134) En reinnleggelse defineres som en innleggelse innen 30 dager etter forrige utskrivning. SINTEF Helse, SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006, side 89.

135) SINTEF Helse, SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006, side 89.

136) Kommune A, B, C, D, E, G.

137) Dokument nr. 3:7 (2007–2008) Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten.

Tekstboks 4 Intermediæravdeling ved sykehjem

Avdelingen er en mellomstasjon mellom sykehuset og hjemmet. Pasientene kommer til sykehuset som øyeblikkelig hjelp-pasienter. På sykehuset utredes de, og diagnose fastsettes, mens behandlings-opplegget fullføres ved sykehjemmet. Oppholdene kan vare fra tre dager til tre uker. Pasientene kommer først og fremst fra sykehusavdelingene for medisin, hjertemedisin og lunge. De skal tilbake til hjemmet og ikke videre til annen institusjon. Investering og drift er et spleiselag mellom kommune og sykehus.

Tekstboks 5 Ambulante team

Ambulant team er en mobil enhet som kan møte pasienten hjemme, på sykehjem, i omsorgsbolig eller på andre arenaer. Det ambulante teamet skal være lett tilgjengelig, og det skal bidra til å bedre samarbeidet og kommunikasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten. Teamet skal bistå helsepersonell i primærhelsetjenesten i utredning av eldre som har funksjonssvikt, dermed hindre innleggelser som bedre kan tas hånd om i kommunen.

7.3 Vurderinger

Alle kommunene har etablert en samarbeidsavtale med det lokale sykehuset. Avtalene er imidlertid i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer både i kommunene og på sykehusene. Undersøkelsen viser at avtalene i liten grad fungerer som retningslinjer for det daglige samarbeidet.

Samarbeidsavtalene inneholder rutiner for inn- og utskrivning mellom sykehusene og kommunene. Det fremgår av undersøkelsen at det er mangler i informasjonsflyten mellom tjenestenivåene ved inn- og utskrivning. Manglende informasjonsflyt mellom kommunene og sykehusene medfører at helsepersonell i enkelte tilfeller ikke har nødvendig informasjon om tjenestemottakerne. Det fører til at enkelte tjenestemottakere ikke gis et koordinert og helhetlig helsetilbud.

8 I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet iverksatt tilstrekkelige tiltak og oppfølging for å kunne bedre kvaliteten i tilbudet til eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester?

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, kommunale tjenester til eldre og funksjonshemmede, helselovgivning og deler av sosiallovgivningen. Staten skal sikre like rammevilkår ved å sette økonomiske rammer basert på behov, sikre tilgang på nok personell og føre tilsyn og kontroll.

8.1 Helse- og omsorgsdepartementets tiltak for kapasitets- og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Omsorgsplan 2015 ble første gang beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.

Planen oppsummerer regjeringens fem strategier for å møte dagens og fremtidens omsorgsutfordringer. Innenfor hver av de mer langsiktige strategiene er det planlagt en rekke tiltak for de nærmeste årene frem mot 2015. Omsorgsplan 2015 konkretiseres i det årlige budsjettforslaget og i kommuneproposisjonen. I St.prp. nr. 1 (2008–2009) løftes fire store prosjekter frem:

- 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren
- 12 000 nye omsorgsplasser
- Demensplan 2015 *Den gode dagen*
- Kompetanseløftet 2015

8.1.1 Tiltak for å øke antall plasser med heldøgns omsorgstilbud

Departementet har lagt til grunn for Omsorgsplan 2015 at mange kommuner har behov for å øke antallet plasser med heldøgns omsorgstilbud. I planen er det et mål å etablere 12 000 nye omsorgsplasser med heldøgns tilbud fra 2008 til 2015 og 10 000 nye årsverk fra 2004 til 2009.

For å stimulere til en kapasitetsøkning har Helse- og omsorgsdepartementet, som en av hovedstrategiene i Omsorgsplan 2015, utarbeidet et nytt investeringstilskudd for etablering av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie. Plassene skal tilpasses personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Det forutsettes at de nye omsorgsplassene er tilrette-

lagt for mennesker med demens og kognitiv svikt.¹³⁸

8.1.2 Tiltak for å utvikle kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten – Omsorgsplan 2015

De fleste tiltakene for å utvikle kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten de nærmeste årene er samlet under Omsorgsplan 2015. Tiltakene i planen bygger på fem hovedstrategier:¹³⁹

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

I 2006 inngikk regjeringen og KS en avtale om kvalitetsutvikling i kommunenes helse- og omsorgstjenester.¹⁴⁰ Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom staten, representert ved regjeringen, og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen gjelder for fire år, til 2010. De fem hovedstrategiene i Omsorgsplan 2015 er lagt inn i den nye kvalitetsavtalen.

Avtalen mellom staten og KS er bindende for staten og KS, men er ikke bindende for kommunene. KS mener å inneha rollen som tilrettelegger, men kommunene har et selvstendig ansvar for å følge opp områdene avtalen omhandler. KS kan ikke pålegge kommunene å delta i prosjekter.¹⁴¹ For å nå kommuner KS vet har problemer på et spesifikt område, ber de ofte fylkesmannen om hjelp til å motivere, eller oppfordrer kommunene spesielt til å delta i prosjekter.¹⁴² KS sprer erfaringer fra forbedringsprosjekter gjennom nettverk, Internett, konferanser og seminarer.¹⁴³

Opprettholdelse av funksjonsnivå

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet mener kommunene ikke i tilstrekkelig

138) Veileder til retningslinjer for investeringstilskudd fra Den Norske Stats Husbank til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. (Retningslinjene ble vedtatt på hovedstyremøte 11. desember 2007. De trer i kraft samtidig med forskriften, 25. februar 2008). HB 8.C.8, 1. juli 2008.

139) Innst. S. nr. 150 (2006–2007), innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, side 13.

140) Avtale mellom Regjeringen og KS om utvikling av de kommunale helse- og sosialtjenestene av 19. september 2006. Avtalen avslører avtalen som ble inngått mellom Regjeringen og KS i 2003.

141) Intervju med KS 11. juni 2008.

142) Intervju med KS 11. juni 2008.

143) Intervju med KS 11. juni 2008.



Foto: PhotoDisc

grad integrerer forebygging av funksjonstap og rehabilitering i pleie- og omsorgstjenesten.¹⁴⁴ Helse- og omsorgsdepartementet ser økt oppmerksomhet mot aktiv omsorg som et viktig tiltak for å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå. Departementet har utarbeidet et rundskriv om aktiv omsorg for å synliggjøre kommunenes ansvar, og betydningen av at kommunene vektlegger aktiv omsorg også for eldre tjenestemottakere.¹⁴⁵ Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet opplyser i intervju at fylkesmennene har ansvar for å se til at kommunene følger rundskrivet.

Helsedirektoratet har registrert at det kan være vanskelig å rekruttere fysioterapeuter til kommunale stillinger generelt og stillinger innen eldreomsorgen spesielt. Helsedirektoratet opplyser at det er stor søknad til utdanningsplassene i fysioterapi, og vurderer utdanningskapasiteten for fysioterapeuter som tilfredsstillende. Det betyr at utfordringene for kommunene er å knytte til seg fysioterapeutene. Når det gjelder utdanningskapasiteten for ergoterapi, er Helsedirektoratet usikker på om den er tilstrekkelig. Utdanningskapasiteten er redusert på bakgrunn av sviktende søkermasse.¹⁴⁶

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester i oppdrag å lage en kunnskapsoversikt over forskning som belyser effekten av å bruke personell med særlig kompetanse i funksjonstrening og aktivisering sammenliknet med et tradisjonelt pleie- og omsorgstilbud for å

oppnå sosial deltakelse og inkludering for mottakere av kommunale hjemmetjenester.¹⁴⁷

Dagtilbud og ivaretagelse av sosiale behov

Dagtilbud er ikke en lovfestet tjeneste, men Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom tidligere nevnte rundskriv om aktiv omsorg påpekt at kommunene etter sosialtjenesteloven har plikt til å gi et egnet tjenestetilbud. Dette gjelder ikke bare rene omsorgsoppgaver, men også muligheten for å delta i hverdagslige aktiviteter. Departementet mener derfor at dagtilbud skal være en del av det kommunale tjenestetilbudet.

Omsorgsplan 2015 forutsetter at det er behov for å styrke dagtilbudet i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet mener dagtilbud er et manglende mellomledd i omsorgskjeden, og at tilbudet er for dårlig. Direktoratet mener en økning av kapasiteten er helt nødvendig dersom personer med demens skal kunne bo i eget hjem. En slik økning er dessuten nødvendig for at pårørende skal få avlastning.¹⁴⁸ Det nye investeringstilskuddet åpner for at kommunene kan søke om tilskudd til etablering av lokaler for dagtilbud i tilknytning til sykehjem og omsorgsboliger. Kommunene har i liten grad søkt om tilskudd til dagsenter. Helsedirektoratet mener derfor det kan synes som om ordningen ikke er formålstjenlig, og at andre innretninger for investeringstilskuddet bør vurderes.¹⁴⁹

Regjeringen vil utrede spørsmålet om lovfesting av dagtilbud i forbindelse med arbeidet med ny felles kommunal helse- og sosiallovgivning. Arbeidet med nytt lovforslag er forsinket i flere runder.¹⁵⁰

Ernæring

Helsedirektoratet har kartlagt ernæringssituasjonen for sykehjemsbeboere.¹⁵¹ Det understrekes i rapporten at sykehjemmene ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot beboernes ernæringsstatus, og at personellet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. På

144) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008 og intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 28. august 2008.

145) Rundskriv nr I-5/2007 fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets kommuner og fylkeskommuner.

146) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

147) St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, side 194, og prosjektskriv på www.kunnskapssenteret.no.

148) Statusrapport fra Helsedirektoratet på Omsorgsplan 2015 til Kommune- og sosialdepartementet, side 6.

149) Rapportering på Omsorgsplan 2015 fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008, side 12. Det ble utarbeidet et konkret forslag som ikke er tatt inn i budsjettforslaget for 2009.

150) I St.meld. nr. 25 (2005–2006) står det at høringsnotatet kan forventes våren 2007. I St.prp. nr. 1 (2007–2008) står det at planen er å sende ut høringsnotatet våren 2008. I St.prp. nr. 1 (2008–2009) er det ikke gitt noen ny frist.

151) Rapport 2008:3 *Mat og måltider i sykehjem: Undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. Høgskolen i Østfold.

bakgrunn av kartleggingen har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet et utkast til nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Utkastet ble sendt til høring i august 2008.

Legemiddelhåndtering

Helse- og omsorgsdepartementet har fått informasjon om svakheter i legemiddelhåndteringen gjennom flere tilsynsrapporter. Det er derfor utarbeidet en ny forskrift om legemiddelhåndtering som trådte i kraft i mai 2008. Helsedirektoratet mener forskriftens styrke er at den pålegger den enkelte leder ansvaret for at legemiddelhåndteringen er forsvarlig.¹⁵² Det innebærer at lederen har det totale ansvaret for en forsvarlig legemiddelhåndtering og skal sørge for riktig kompetanse. Lederen skal dessuten sørge for å etablere ordning for internkontroll, implementere gode rutiner og evaluere rutiner og praksis. Den nye forskriften skal gjøre det lettere å koble ansvar og avvik. Fylkesmennene har gjennomført seminarer og konferanser hvor legemiddelhåndtering har vært tema, og Helsedirektoratet har utarbeidet en faglig veileder til forskriften.¹⁵³

Legetjenester i sykehjem

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet mener legedekningen generelt er for dårlig i kommunene, og da spesielt i sykehjem. De mener videre at kommunene ikke fullt ut utnytter mulighetene de har til å benytte legeressursene til legetjenester i sykehjem.¹⁵⁴ Helsedirektoratet peker også på at de kommunale legene i for liten grad er involvert i fagutvikling og konsultasjoner i kommunene, noe som fører til svakheter i diagnoser og behandling hos eldre.¹⁵⁵ I forbindelse med St. meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* satte regjeringen seg et foreløpig mål om en økning i legeårverk i kommunene på minst 50 prosent frem mot 2010.¹⁵⁶

I 2007 sendte Helse- og omsorgsdepartementet et rundskriv til kommunene hvor det ble presisert at både internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften pålegger kommunene å gjennomføre en risiko- og behovsvurdering av legetjenesten i sykehjem. Kommunene ble bedt om å utarbeide en lokal bemanningsvurdering og fastsette en

lokal norm for legedekning i sykehjem.¹⁵⁷ Rapporteringen viser at legetimer per uke per sykehjemsplass i dag er på 0,29, men at kommunenes ønskede norm er 0,39. En legedekning på 0,39 legetimer per uke per sykehjemsplass utgjør 15 200 legetimer per uke, noe som gir et udekket behov på 4 148 legetimer i forhold til dagens dekning.¹⁵⁸

Helsedirektoratet har ansvar for tildeling av legehjemler. Det tildeles om lag halvparten så mange hjemler til kommunene som til spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder søknader om legehjemler til primærhelsetjenesten, innvilges disse i hovedsak alltid, og strategien fremover er at det ikke skal skje en økning i legehjemler i spesialisthelsetjenesten, men at nye hjemler skal styrke legedekningen i kommunene. Helsedirektoratet forventer at en del av denne kapasiteten vil komme inn mot pleie- og omsorgstjenestene.¹⁵⁹

For å heve statusen til tilsynslegene har direktoratet også vurdert om arbeidet skal gi fordeler, blant annet at arbeidet skal være meritterende. Videre vurderer Helsedirektoratet en spesialisering av allmennleger mot eldreomsorg.¹⁶⁰

8.1.3 Tilbudet til demente – Demensplanen 2015

Den gode dagen

Et langsiktig mål i Demensplan 2015 *Den gode dagen* er å bygge ut og forbedre tjenestetilbudet



Foto: ScandinavianStockPhoto

152) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

153) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

154) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008 og intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 28. august 2008.

155) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

156) St.prp. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*, side 18.

157) Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem og rapport IS-1436 *Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene*. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

158) Rapport IS-1606 *Kommunenes lokale normering av legetjenesten i sykehjem*. Helsedirektoratet 2008, side 5.

159) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

160) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

til personer med demens og deres pårørende i den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet mener flere kommuner mangler tilstrekkelig tilrettelagte plasser for demente, og at kommunene har en utfordring når det gjelder å skaffe til veie kompetent bemanning i tjenestene til demente.¹⁶¹

Kunnskapen som ligger til grunn for Demensplan 2015 *Den gode dagen*, bygger i stor grad på tre nasjonale kartlegginger av tjenestetilbudet til personer med demens i kommunene.¹⁶² Demensplanen inneholder en rekke tiltak som i all hovedsak er formulert som "skal", som et forsøk på å legge klarere føringer på utviklingen av tilbudet.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse fikk i 2007 ansvar for et treårig utviklingsprogram for å bedre kvalitet og kapasitet i primærhelsetjenesten for personer med demens og deres pårørende. Programmet skal samle erfaringer og utvikle gode modeller, heve kvaliteten og bidra til økt kapasitet innenfor de tre programområdene Diagnostikk og utredning, Dagtilbud og avlastningsordninger og Tiltak for pårørende.¹⁶³ Både i 2007 og 2008 ble det avholdt kurs for helsearbeidere innenfor de tre programområdene.

I forbindelse med utviklingsprogrammet er det etablert modellkommuner som gis tilbud om opplæring, oppfølging og veiledning fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. I 2008 er det til sammen 94 modellkommuner tilknyttet de tre programmene.¹⁶⁴ I 2008 legges det vekt på erfaringsoverføring fra modellkommunene i lokale og regionale nettverkssamlinger ved faglige seminarer og møter.¹⁶⁵

For å øke kompetansen på demens i kommunene, og da særlig blant ufaglærte, fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i 2007 også midler til å utvikle et opplæringstilbud. Det har resultert i selvstudiepakken Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Et av delmålene

med tiltaket er at enkelte etter gjennomføringen av selvstudiepakken søker videre formell utdanning eller videreutdanning. Det er også i gang satt en rekke andre tilbud til videre- og etterutdanning innenfor demensområdet.¹⁶⁶

8.1.4 Kompetanse og bemanning – Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenesten. Samtidig er det et virkemiddel for å nå målsettingen om 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009, høyere andel med fagutdanning og større faglig bredde.¹⁶⁷ Årsverkene er rettet mot sektoren som helhet og ikke spesielt mot eldre.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at fra 2004 til 2007 har personellinnsatsen økt med om lag 9 500 årsverk. De nye årsverkene dekkes i hovedsak av personell med helse- og sosialutdanning. Rapportering fra fylkesmennene til Helsedirektoratet viser at kommunene planlegger en vekst på om lag 2 100 nye årsverk for 2008. Samlet sett tyder dette på at målene vil bli nådd. Det er noe usikkerhet knyttet til hvor mange nye årsverk sektoren er tilført.¹⁶⁸ I statsbudsjettet for 2008, og som del av oppfølgingen av Omsorgsplan 2015, er det anslått et behov for ytterligere 12 000 årsverk i sykehjem, aktivitetstilbud og hjemmetjenester for perioden fra 2008 til 2015.¹⁶⁹

Det har i 2008 vært en nedgang blant søkere til videregående opplæring i helse- og sosialfag, og Helsedirektoratet mener staten har en alvorlig utfordring når det gjelder rekruttering til helsearbeiderfaget. For å demme opp for manglende tilgang på yngre helsearbeidere er det viktig å øke videreutdanningen av voksne uten formell utdanning som allerede er i sektoren.¹⁷⁰ Prosjektet *Aksjon helsefagarbeider* skal bidra til å sikre tilstrekkelig antall læreplasser og bidra til at ungdom ønsker å søke utdanningen. Prosjektet

161) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008 og intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 28. august 2008.

162) Rapport IS-1486 *Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

163) Rapportering på Omsorgsplan 2015, fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008, side 13 og 14.

164) St.prp. nr. 1 (2007–2008), side 194.

165) Rapportering på Omsorgsplan 2015, fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008, side 14, og St.prp. nr. 1 (2008–2009) Helse- og omsorgsdepartementet, side 194.

166) Rapportering på Omsorgsplan 2015, fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008, side 14, og intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

167) St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*, side 16, og St.prp. nr. 1 (2007–2008), side 193.

168) Et stort innslag av deltidsstillinger, mange vikarer og mange timearbeidere i omsorgstjenesten gjør det krevende for Statistisk sentralbyrå å bruke registertall for å beskrive den reelle veksten i årsverk. Mye av økningen i sektoren skyldes økning i personell med større stillingsandel. (Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, side 30.)

169) Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, og rapportering på Omsorgsplan 2015, fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008, side 5 og 6, og St.prp. nr. 1 (2007–2008), side 196.

170) Rapportering på Omsorgsplan 2015, fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008, side 3.

er et samarbeid mellom de tre arbeidsgiverorganisasjonene KS, Spekter og HSH samt Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.¹⁷¹

Kommuner som ønsker å delta i Kompetanseløftet 2015, må lage en forpliktende plan for opplæring i samarbeid med fylkesmannen. Fylkesmannen skal bidra til at kommunene tidlig i planperioden systematisk kartlegger fremtidige kompetansebehov i pleie- og omsorgstjenesten, og at dette legges til grunn for fremtidige planer for personellutvikling. Planene skal også legges til grunn for kommunenes søknader om statlige stimuleringsmidler under Kompetanseløftet 2015. På grunnlag av innsendte planer har Fylkesmannen, i samarbeid med kommunene og fylkeskommunene, utviklet målsettinger for de ulike tiltakene i sitt fylke fra 2007 til 2010. Kommunene kan årlig søke om stimuleringsstilskudd hos fylkesmennene på grunnlag av oppdaterte planer for personellutvikling.¹⁷²

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet mener mange kommuner jobber systematisk med kompetansekartlegging og -planlegging. Noen kommuner har likevel mangelfulle systemer og mangler et godt informasjonsgrunnlag for å kunne utarbeide planene. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt vekt på å formidle betydningen av "omsorg i plan", det vil si at kommunene må få vurderinger av utviklingsbehov i pleie- og omsorgssektoren bedre inn i kommunale planer (økonomiplan, kommuneplan).¹⁷³ Helsedirektoratet er av den oppfatning at flere kommuner har for dårlig oversikt over kompetansen som finnes, og at de derfor ikke utnytter kompetansen godt nok. Kommunene må også bli flinkere til å styre kompetansetiltakene inn mot de områdene hvor det er særlig behov for kompetanseutvikling.¹⁷⁴

Etableringen av undervisningssykehjem er et tiltak for å stimulere til praksisnær forskning og fagutvikling innen pleie- og omsorgstjenesten. Undervisningssykehjemmene har eksistert i ti år. I 2008 ble det etablert undervisningssykehjem i alle fylker. Så langt har undervisningssykehjemmene i varierende grad etablert nettverk og system for spredning av kunnskap og erfaringer innad i kommunen samt til øvrige kommuner i



Foto: PhotoDisc

fylket. For 2009 er det utarbeidet en overordnet virksomhetsplan hvor det legges større vekt på kunnskapsspredning.¹⁷⁵

Det er etablert fem sentre for omsorgsforskning. Sentrene skal gjennom en styring av fag- og metodeutvikling innen helse- og sosialutdanningene bidra til å heve kvaliteten og kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De skal videre bidra til å styrke en praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren. Etableringen av sentrene er et ledd i oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 og styrkingen av den kommunale helse- og omsorgsforskningen.¹⁷⁶

8.1.5 Samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten

I juni 2007 ble det inngått en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og sosialområdet

171) Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, side 50.

172) Statsbudsjettet 2007 – fullmaktsbrev for 2007, orientering om oppgaver på Sosial- og helsesområdet.

173) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008 og intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 28. august 2008.

174) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

175) Intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008 og skriftlig tilbakemelding 26. november 2008.

176) Helse- og omsorgsdepartementet, hjemmesiden.



Foto: ScandinavianStockPhoto

mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.¹⁷⁷ Formålet med rammeavtalen er å understøtte lokale avtaler og bidra til systematisk oppfølging av samhandlingen på nasjonalt nivå.¹⁷⁸ I forbindelse med samhandlingsavtalen er det laget en veileder for inngåelse av lokale og regionale samarbeidsavtaler. Veilederen vektlegger at avtalene skal forankres på alle nivåer i sykehusene og kommunene. KS' viktigste forpliktelse i avtalen er å bidra til erfaringsoverføring og kunnskaps-spredning. Det skjer gjennom rundebordskonferanser hvor kommunene deler erfaringer fra samarbeidet med sykehusene.¹⁷⁹

Den nasjonale rammeavtalen forplikter også staten og KS til å bidra til at teknologiske løsninger understøtter god samhandling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten.¹⁸⁰ Det er igangsatt et eget prosjektet som har som målsetting å bidra til at flere kommuner etter hvert tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger.¹⁸¹

177) Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og sosialområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS – av 21. juni 2007. Avtalens gjelder frem til juni 2010.

178) Rammeavtalen er forankret i St.prp. nr. 1 (2006–2007), del III Nasjonal helseplan (2007–2010), St.meld. nr. 25 (2005–2006) og i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

179) Intervju med KS 11. juni 2008 og intervju med Helsedirektoratet 26. august 2008.

180) *Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013*, side 9.

181) Invitasjon til deltakelse i Samspillkommuneprosjektet 30. Brev med invitasjon ble sendt fra Norsk sykepleierforbund til alle kommuner i august 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet mener mangelen på helhet og samordning er en av de største utfordringene i helsetjenesten. Ifølge departementet fungerer ikke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten som en sammenhengende behandlingsskjede. For å bedre samarbeidet har Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2008 startet arbeidet med en samhandlingsreform som skal gi pasienter og brukere et bedre og mer helhetlig helse- og omsorgstilbud. Departementet planlegger i april 2009 å legge frem et forslag om økonomiske og juridiske grep som skal sørge for at kommunene og sykehusene samhandler til det beste for pasientene.¹⁸²

Likeverdighet mellom partene er også en stor utfordring i samarbeidet mellom første- og andrelinjen. For å bedre likeverdigheten skal Helse- og omsorgsdepartementet innen utgangen av 2009 vurdere om forskriften for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter bør opphøre.¹⁸³

8.2 Helse- og omsorgsdepartementets styringsinformasjon og oppfølging innen pleie- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp måloppnåelse og utvikling for tiltakene i Omsorgsplan 2015. Departementet skal også følge opp tiltak som er etablert i forbindelse med konsultasjonsavtalene og den generelle utviklingen innenfor pleie- og omsorgssektoren. Stortinget gis årlig en statusrapportering på Omsorgsplan 2015 og utviklingen på området i forbindelse med kommuneproposisjonen og St.prp. nr. 1.¹⁸⁴

8.2.1 Styringsinformasjon og oppfølging av tiltakene i Omsorgsplan 2015

Helsedirektoratet skal følge opp og rapportere måloppnåelse for delplaner og sentrale målsetninger i Omsorgsplan 2015, med delplanene Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015. Helsedirektoratet skal særlig følge med på følgende styringsparametre:¹⁸⁵

182) Helse- og omsorgsdepartementets hjemmesider.

183) Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, side 53.

184) Avtale mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre om konkretisering av Omsorgsplan 2015.

185) Statsbudsjettet 2008, kapittel 720 Sosial- og helsedirektoratet – tilde-ling av bevilgning, side 19.

- vekst i årsverkene
- økende andel personell med fagutdanning og større faglig bredde
- utbygging av nye sykehjemsplasser og omsorgsbolig med heldøgntjenestetilbud
- utbygging av dagaktivitetstilbud

Hovedkildene for å følge opp måloppnåelsen for Omsorgsplan 2015 er statistikk rapportert gjennom KOSTRA (Kommune-STtat-Rapportering) og IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk).

Oppfølging av kapasitetsutviklingen

For å følge utviklingen i plasser med heldøgns omsorg og pleie ser Helse- og omsorgsdepartementet på utviklingen i plasser i sykehjem og omsorgsbolig. I St.prp. nr. 1 (2008–2009) rapporterer regjeringen på måloppnåelse for økningen i nye omsorgsplasser basert på tilsagn om investeringstilskudd fra Husbanken. Tall fra Husbanken viser at det ved utgangen av august 2008 foreligger søknader fra 85 kommuner på om lag 2 800 plasser, hvorav 42 prosent knytter seg til omsorgsboliger og 58 prosent til sykehjemsplasser. 80 prosent av prosjektene knytter seg til personer over 67 år, og om lag en tredel er planlagt til personer med demens.¹⁸⁶

Beboere i omsorgsboligene har varierende bistandsbehov, og ikke alle omsorgsboliger er heldøgnsbemannet.¹⁸⁷ I St.prp. nr. 1 (2008–2009) vises det til at det totale antallet omsorgsboliger er i overkant av 27 300, mens bare i overkant av 20 000 slike boliger er heldøgnsbemannet.¹⁸⁸

Fra og med 2007 er det i IPLOS mulig å se tjenestemottakernes bistandsbehov og tildelte tjenester for beboere i omsorgsbolig. I ny versjon av IPLOS (fra rapporteringsåret 2009) vil det også være informasjon om hvorvidt boligen er uten fast bemanning, har fast bemanning hele døgnet eller bare har bemanning deler av døgnet. Det vil gi et bedre grunnlag for å vurdere bruken av omsorgsboliger som en del av kommunenes heldøgns omsorgstilbud.

Statistisk sentralbyrå har fra 2006 til 2007 observert en klar kvalitetsforbedring i datagrunnlaget for IPLOS, og det er forventet at kvalitetsforbedringen vil fortsette. Likevel er det utfordringer knyttet til registreringspraksisen i kommunene. Helsedirektoratet arbeider med å styrke kompe-

tansen i bruk av IPLOS som metode for dokumentasjon av søkernes og tjenestemottakernes bistandsbehov.¹⁸⁹

Oppfølging av kvalitetsutviklingen

Kompetansenivået til personellet i pleie- og omsorgstjenesten benyttes som indikator på kvalitet. Det er en målsetting i Omsorgsplan 2015 å øke andelen personell med fagutdanning.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet inngått en fireårig (2007 til 2011) avtale med Norsk institutt for innovasjon, forskning og utdanning (NIFU STEP) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) om evaluering av Kompetanseløftet 2015. Det skal gjennomføres en prosess- og effektevaluering hvor målet er å fremskaffe resultater som kan bidra til å justere tiltakene underveis og vurdere måloppnåelse.¹⁹⁰

Kompetanseløftet 2015 er inne i sitt andre år av planperioden. Helsedirektoratet opplever at resultater fra 2007 og 2008 og plantall fra kommunene for årene fremover, gir grunn til å forvente god måloppnåelse når det gjelder årsverk og opplæringstiltak rettet mot høyere utdanning. For videregående opplæring og fagskoleutdanning forventes svak måloppnåelse og til dels store avvik fra fastsatte måltall. De viktigste risikofaktorene for videregående opplæring er søknad til helse- og sosialfag og frafall underveis i opplæringen. Særlig kritisk er overgangen fra skole til læretid.¹⁹¹



Foto: ScandinavianStockPhoto

186) St.prp. nr. 1 (2008–2009) Helse- og omsorgsdepartementet, side 193.

187) Alle plasser som bygges med finansiering av det nye investeringstilskuddet, skal tilrettelegges for heldøgns pleie. For plasser bygget med finansiering fra det gamle investeringstilskuddet er ikke dette et krav.

188) Tilbakemelding fra Helsedirektoratet av 26. november 2008.

189) Tilbakemelding fra Helsedirektoratet av 26. november 2008.

190) Tilbakemelding fra Helsedirektoratet av 26. november 2008.

191) Tilbakemelding fra Helsedirektoratet av 26. november 2008.

Innføringen av IPLOS vil gjennom en rekke variabler på sikt også kunne si noe om kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene. Registreringen gir blant annet informasjon om saksbehandlingstid, tjenestetildeling i forhold til bistandsbehov og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet kan følge utviklingen i legetjenester i sykehjem. Det gjøres gjennom å følge med på legeårsverk i sykehjem som rapporteres i KOSTRA. Det gjør det mulig å vurdere om økningen på nasjonalt nivå er i tråd med målsettingen om en vekst på 50 prosent.

Oppfølging av samarbeid mellom første- og andrelinjen

Per i dag finnes det ikke indikatorer som beskriver forholdene på første- og andrelinjenivå. Utviklingen av indikatorer for å belyse samarbeidet mellom nivåene er en del av arbeidet i forbindelse med samarbeidsavtalen og samhandlingsutvalget som er etablert i regi av Helse- og omsorgsdepartementet.¹⁹²

8.2.2 Oppfølging av avtalene med KS

Helse- og omsorgsdepartementet og KS har inngått to avtaler som berører pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: *Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten og Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og sosialområdet*. De bilaterale avtalene er en del av virkemiddelapparatet og styringsdialogen mellom staten og kommunesektoren. Avtalene skal bidra til utvikling av kommunal og statlig tjenesteproduksjon, og kvalitetsutvikling er et sentralt element i avtalene.

Avtalene følges i hovedsak opp gjennom fire konsultasjonsmøter mellom regjeringen og KS. Rapportering på måloppnåelse og evaluering av avtalene er lagt til det tredje konsultasjonsmøtet.¹⁹³

KS og Helsedirektoratet planlegger å foreta en egen kartlegging og analyse av lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. I tillegg til den nasjonale rammeavtalen og veilederen, arbeides det med å etablere et eget nettsted for samhandling.¹⁹⁴

Som et hjelpemiddel for å styre og utvikle kommunenes tjenester er mange kommuner med i effektiviseringsnettverk som arrangeres i regi av KS. Gjennom nettverkene kartlegger og sammenlikner kommunene produktivitet, tilgjengelighet og målt og opplevd kvalitet i ulike tjenester. I 2007 deltok 68 kommuner i pleie- og omsorgsnettverk. I tillegg har de ti største kommunene et eget samarbeid, ASSS, på området. I 2007 benyttet 150 kommuner seg av brukerundersøkelsene som er utarbeidet for pleie- og omsorgstjenesten (59 var rettet mot hjemmetjenesten, 42 mot beboere i institusjon og 49 mot pårørende i institusjon).¹⁹⁵

8.2.3 Tilsyn med kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene

For å følge utviklingen innenfor pleie- og omsorgstjenesten er statlig tilsyn et viktig virkemiddel. Statens helsetilsyn skal følge opp intensjonen i lovverket gjennom å kontrollere at kommunenes virksomhet er i tråd med lover og forskrifter.¹⁹⁶ Gjennom sitt tilsyn med helse- og sosialtjenestene skal Statens helsetilsyn medvirke til at¹⁹⁷

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenesteytingen forebygges
- ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte

I de senere årene er det særlig vektlagt å få ny kunnskap på følgende områder:¹⁹⁸

- legetjenesten til mottakere av pleie- og omsorgstjenestene
- legemiddelhåndtering hos eldre i helseinstitusjoner

Rundt 2001 ble det i tilsynene rettet særlig oppmerksomhet mot helse- og sosialtjenestene til eldre. Videre ble tilsynsresultater og annen informasjon fra områdeovervåkingen i 2005 oppsummert, og i oppsummeringen pekte Statens helse-tilsyn på hvilke endringsbehov de mente var nødvendig for å sikre gode tjenester til eldre.¹⁹⁹ De landsomfattende tilsynene fra 2006 til 2008 har ikke direkte omhandlet pleie- og omsorgstjenester til eldre. I oppsummeringen av det landsomfattende tilsynet med avlastning og

192) Intervju med KS 11. juni 2008 og Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, side 52.

193) Intervju med KS 11. juni 2008 og veileder om statens arbeid med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS, Kommunal- og regionaldepartementet.

194) Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, side 52 og intervju med KS 11. juni 2008.

195) Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008, side 51.

196) NOU 2004:17 *Statlig tilsyn med kommunesektoren*.

197) Statsbudsjettet 2007, kapittel 721 Statens helsetilsyn – endelig tildeling av bevilgning, side 2.

198) Årsrapport Statens helsetilsyn 2007.

199) Intervju med Statens helsetilsyn 16. mai 2008 *Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynssaker i 2003 og 2004*. Statens helsetilsyn 2005.

støttekontakt i 2007 ble det fremhevet at støttekontakt er en tjeneste som i liten grad praktiseres overfor eldre, og at eldre i liten grad gis tilbud om hjemmebasert avlastning.²⁰⁰ Av de 100 tilsynene som Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2007, som ikke var landsomfattende tilsyn, var om lag halvparten rettet mot pleie- og omsorgstjenesten.²⁰¹

Statens helsetilsyn skal i 2008 lage en fireårsplan for tilsynsaktivitet som skal omfatte både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester til eldre. Kvalitet, kommunikasjon og samarbeid mellom første- og andrelinjen vil sannsynligvis være temaer i planen. Kommunenes styringssystemer, kompetanse og opplæring er områder som vurderes om skal inn.²⁰²

Når det påvises avvik i en tilsynsrapport, ber Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen om en plan for hvordan og når virksomheten vil lukke påviste avvik. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen vurderer om virksomhetens plan er i samsvar med myndighetskravene, herunder kravet om forsvarlig virksomhet. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen følger så opp om planen overholdes.²⁰³ I oppfølgingen skal det legges vekt på om virksomheten kan sannsynliggjøre at praksisen er i tråd med lovverket over tid, det vil si at rutinene er funksjonelle. Det er ikke tilstrekkelig at kommunen viser til utarbeidelse av rutinebeskrivelser på området hvor svakheten er avdekket. Endringene i virksomheten har gjort, må være dokumentert.²⁰⁴

Oppfølgingen av avvik skjer utelukkende mot den eller de virksomhetene det er ført tilsyn med. Det innebærer at tilsynet ikke fanger opp om avvikene også gjelder for andre virksomheter i kommunen. Statens helsetilsyn erfarer at kommunene i varierende grad benytter tilsynsresultater fra en virksomhet i oppfølgingen av andre relevante virksomheter i kommunen.²⁰⁵

Formidling av tilsynsresultater skjer bare til kommunen hvor tilsynet er gjennomført, men Helse- og omsorgstilsynet i fylket/Fylkesmannen formidler også tilsynsresultater i sin øvrige dialog med kommunene, blant annet gjennom rapporter, opplærings-



Foto: ScandinavianStockPhoto

aktivitet og konferanser.²⁰⁶ Tilsynserfaringer formidles dessuten gjennom Statens helsetilsyns årlige tilsynsmelding, hvor resultatene fra det landsomfattende tilsynet og tilsynet på utvalgte enkeltområder oppsummeres.²⁰⁷

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at resultater fra tilsyn med pleie- og omsorgstjenestene har vært ett av grunnlagene for Omsorgsplan 2015.²⁰⁸ Helse- og omsorgsdepartementet trekker også frem Helsetilsynets undersøkelse knyttet til pleie- og omsorgssektoren i 2003 og rapporten *Pleie- og omsorgstjenester på strekk* (2005) som dokumenter av stor betydning for St.meld. nr. 25 (2005–2006) og Omsorgsplan 2015.²⁰⁹

8.3 Vurdering

På bakgrunn av avdekkede svakheter i pleie- og omsorgstjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet igangsatt en rekke tiltak gjennom Omsorgsplan 2015 og de underliggende delplanene, Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015. Tiltakene retter seg mot flere av svakheterne som påpekes i denne undersøkelse.

Dybdeundersøkelsen viser at det er behov for en styrking av kommunenes institusjonstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet opprettet i 2008

200) Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven. Statens helsetilsyn 2008.

201) Årsrapport Statens helsetilsyn 2007, side 14.

202) Intervju med Statens helsetilsyn 16. mai 2008.

203) Prosedyre for systemrevisjon, Statens helsetilsyn 2008, side 22.

204) Intervju med Statens helsetilsyn 16. mai 2008.

205) Intervju med Statens helsetilsyn 16. mai 2008.

206) I mars 2008 arrangerte KS og Statens helsetilsyn dialogkonferanse om kommunenes bruk av tilsynsresultater. Det skjedde i forbindelse med publiseringen av tilsynsmeldingen for 2007.

207) Virksomhetsplan Statens helsetilsyn 2007.

208) Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet 28. august 2008.

209) Tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 26. november 2008.

et investeringstilskudd hvor kommunene kan søke om tilskudd til etablering av plasser tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie.

Tilstrekkelig faglært bemanning er sentralt for å sikre god kvalitet. Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt flere tiltak som har gitt en økning både i bemanningskapasitet og i fagkompetanse. Den enkelte kommune har et selvstendig ansvar for å sikre tilstrekkelig bemanning med relevant kompetanse.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at legedekningen i sykehjem er lav. For å adressere problemet påla departementet i 2008 kommunene å fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem. Av fremtidige legehjemler planlegger Helse- og omsorgsdepartementet at hovedtyngden av hjemlene skal innvilges til kommunehelsetjenesten. Den enkelte kommune har et ansvar for å sikre en tilstrekkelig legedekning.

Dybdeundersøkelsen viser at det er svakheter i legemiddelhåndteringen i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med svakheterne. For å bedre legemiddelhåndteringen ble det i 2008 innført en ny forskrift for legemiddelhåndtering.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at kommunenes dagtilbud er for dårlig, og sendte i 2007 ut et rundskriv hvor det fremheves at dagaktiviteter skal være en del av det kommunale tjenestetilbudet. Gjennom det nye investeringstilskuddet kan kommunene søke om etablering av lokaler for dagtilbud i tilknytning til sykehjem og omsorgsbolig. Helsedirektoratet rapporterte i august 2008 til departementet at Husbanken hittil hadde mottatt få søknader. Kommunene har et selvstendig ansvar for å sikre at pleie- og omsorgsmottakere gis muligheten til å delta på dagaktiviteter.

Dybdeundersøkelsen viser svakheter i samarbeidet mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. For å bedre samhandlingen har departementet, i samarbeid med KS, etablert en nasjonal rammeavtale for samhandling. I 2008 ble det i tillegg startet en samhandlingsreform som innen april 2009 skal utarbeide forslag til juridiske og økonomiske grep for å bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Helsetilsynet i fylkene er et viktig virkemiddel for å følge utviklingen i pleie- og omsorgs-

tjenesten. Undersøkelsen viser at Helsetilsynet gjennom flere år har rapportert svakheter på flere av områdene som er belyst. Helsetilsynet peker på at oppfølgingen av avvik i hovedsak rettes mot den enkelte virksomhet, og det er derfor usikkert hvorvidt læringseffekten av avvikene spres til resten av kommunen samt til andre kommuner med tilsvarende problemområder.

Etter revisors vurdering retter Helse- og omsorgsdepartementet for tiden stor oppmerksomheten mot pleie- og omsorgstjenester til eldre. Ettersom hovedtyngden av tiltakene nylig er igangsatt, er det for tidlig å fastslå tiltakenes virkning.

9 Samlede vurderinger

Helse- og omsorgsdepartementet har rettet oppmerksomhet mot styrking av pleie- og omsorgssektoren. I 2007 og 2008 ble det etablert en rekke tiltak for å styrke kommunenes pleie- og omsorgstilbud i forbindelse med Omsorgsplan 2015 og de underliggende delplanene, Demensplan 2015 *Den gode dagen* og Kompetanseløftet 2015.

Kommunene har et selvstendig ansvar for å nyttiggjøre seg tiltakene Helse- og omsorgsdepartementet igangsetter. Kommunene er selv ansvarlig for å sikre at de har et pleie- og omsorgstilbud som er tilstrekkelig for å dekke innbyggernes behov for tjenester.

Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanning og fagkompetanse mellom 2003 og 2007. Det fremgår også av undersøkelsen at antall institusjonsplasser har økt i samme periode. Til tross for dette er dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med syv prosent fra 2003 til 2007. For å styrke antall plasser med heldøgns omsorg og pleie i kommunene innførte Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 et nytt investeringstilskudd.

Dybdeundersøkelse i syv kommuner viser at kommunene ikke alltid klarer å sikre et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud til alle eldre med behov. Flere av kommunene benytter ventelister på enkelte av sine pleie- og omsorgstjenester. Videre viser undersøkelsen at institusjonsplasser brukes til andre formål enn hva de er avsatt til. I flere av kommunene benyttes plasser avsatt til tidsbegrenset opphold av tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass i institusjon. Feil bruk av institusjonsplasser begrenser tilgjengeligheten og medfører at enkelte tjenestemottakere ikke får et godt nok tilbud i forhold til sitt bistandsbehov.

Et godt utbygd dagtilbud bidrar til at eldre tjenestemottakere kan bo lengre i eget hjem, og reduserer presset på institusjonstjenestene. Undersøkelsen viser at tilgang til dagtilbud er begrenset, og på landsbasis mottar kun én av ti hjemmetjenestemottakere dagopphold eller dagsentertilbud. Videre fremgår det at dagtilbudet i liten grad er tilpasset tjenestemottakernes forskjellige behov, og at flere av kommunene mener det er

nødvendig med økt differensiering av dagtilbudet for i større grad å kunne ivareta tjenestemottakernes ulike aktivitetsbehov. For å øke oppmerksomheten rundt dagtilbudet i kommunene sendte Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 ut et rundskriv hvor det fremheves at dagaktiviteter skal være en del av det kommunale pleie- og omsorgstjenestetilbudet.

Det fremgår av dybdeundersøkelsen at kommunene har liten tilgang på fysioterapi- og ergoterapitjenester til eldre institusjonsbeboere. Undersøkelsen viser også at det er mangler i oppfølgingen av tjenestemottakernes ernæringsstatus, både i hjemmetjenesten og i institusjon.

Det fremgår av dybdeundersøkelsen at det er mangler i legetilbudet til eldre sykehjemsbeboere. På tross av en økning i legeårsværk i institusjon viser undersøkelsen at tilsynslegedekningen generelt er lav. Videre fremgår det at de fleste tilsynslegene er ansatt i små stillingsbrøker. Departementet rettet i 2008 oppmerksomhet mot legetilbudet i kommunene ved å pålegge kommunene å fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem. I 2008 ble det også innført en ny forskrift for legemiddelhåndtering.

Godt samarbeid mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er av vesentlig betydning for å kunne tilby et helhetlig helsetilbud. Dybdeundersøkelsen viser at alle kommunene har etablert samarbeidsavtale med det lokale sykehuset. Avtalene er imidlertid i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer i både sykehusene og kommunene. Dybdeundersøkelsen viser videre at samarbeidsavtalene i liten grad fungerer som retningslinjer for det daglige samarbeidet. Det fremgår også av undersøkelsen at kommunikasjonen ved inn- og utskrivninger er mangelfull. Manglende informasjonsutveksling fører til at enkelte tjenestemottakere ikke gis et koordinert og helhetlig helsetilbud.

For å bedre samhandlingen om helsetilbudet har Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med KS, etablert en nasjonal rammeavtale for samhandling. Helse- og omsorgsdepartementet startet i 2008 også et arbeid med en samhandlingsreform som frem mot april 2009

skal utarbeide forslag til juridiske og økonomiske grep for å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten.

Dybdeundersøkelsen viser at få av kommunene har oversikt over hvilken kompetanse det er behov for på sikt, og hvordan kompetansen skal rekrutteres. Undersøkelsen viser videre at det er utbredt bruk av deltidsstillinger i pleie- og omsorgstjenesten. Nesten fire av ti sysselsatte i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste har en avtalt arbeidstid på mellom 1 og 19 timer per uke. Utbredt bruk av deltidsstillinger medfører manglende kontinuitet i tjenestetilbudet ettersom mange ulike pleiere står for tjenesteytingen.

Alle kommunene i undersøkelsen har etablert et internkontroll- og kvalitetssystem. Det fremgår at ansatte har varierende kjennskap til systemet grunnet manglende opplæring. Kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering, men undersøkelsen viser at det er en klar underrapportering av avvik. At uheldige hendelser i liten grad identifiseres og innrapporteres, innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Helsetilsynet i fylkene er et viktig virkemiddel for å følge utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen viser at Helsetilsynet gjennom flere år har rapportert svakheter på flere av områdene som er belyst. Helsetilsynet peker på at oppfølgingen av avvik i hovedsak rettes mot den enkelte virksomhet, og det er derfor usikkert hvorvidt læringseffekten av avvikene spres til resten av kommunen samt til andre kommuner med tilsvarende problemområder.

10 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Helse- og omsorgsdepartementet viser til brev fra Riksrevisjonen av 7. januar d.å. (mottatt 13. januar) om forvaltningsrevisjon av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgssektoren med utkast til hovedanalyserapport. Departementets merknader bygger også på kommentarer fra Helsedirektoratet, som har fått utkastet til gjennomsyn fra Riksrevisjonen med beskjed om å spille inn eventuelle merknader gjennom departementet.

Generelt

Riksrevisjonens undersøkelse gir en god oversikt over utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene de siste årene og har en beskrivelse av tjenestetilbudet som i hovedsak er i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning av situasjonen. Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanning og fagkompetanse, og at tjenestetilbudet er betydelig styrket de siste årene. Undersøkelsen peker i oppsummeringen blant annet på at bare en av ti hjemmetjenestemottakere har et dagtilbud, at det er for liten tilgang på fysioterapi- og ergoterapitjenester, at legetilbudet er for svakt og at det er nødvendig å ha fokus på matservering og ernæring både i hjemmetjenester og institusjon. Undersøkelsen peker også på at behovet for heldøgns omsorgsplasser øker, men at feil bruk av sykehjemsplasser ment for korttidsopphold bidrar til å begrense tilgjengeligheten.

Riksrevisjonens undersøkelse bekrefter derfor i stor grad den analyse som ligger til grunn for Omsorgsplan 2015 i St meld nr 25 (2005–2006) om fremtidas omsorgsutfordringer, og understreker nødvendigheten av de strategier og tiltak som er nedfelt i de fire hovedsatsingene i omsorgsplanen:

- 10.000 nye årsverk
- 12.000 heldøgns omsorgsplasser
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet

Helse- og omsorgsdepartementet vil understreke at det ikke bare er Demensplanen og Kompetanseløftet som er knyttet til kvalitative mål i omsorgsplanen, slik en kan få inntrykk av i innledning og avslutning av Riksrevisjonens undersøkelse (kapittel 1.1 og 9). Bygging av 12 000 heldøgns omsorgsplasser innebærer vekst, forny-

else og modernisering som gir standardheving både av boforhold og arbeidsforhold i omsorgstjenestene. På samme måte er det knyttet målsettinger om kompetanseheving og større faglig bredde til satsingen på 10 000 nye årsverk. Tilstrekkelig kapasitet av fagpersonell og tilrettelagte botilbud er for Helse- og omsorgsdepartementet et grunnleggende kvalitetskrav. Derfor er oppfyllelsen av tallfestede mål på disse områdene noen av de viktigste kvalitetsindikatorene.

I tillegg til de eldste aldersgruppene, som har vært gjenstand for Riksrevisjonens undersøkelse, dekker Omsorgsplan 2015 også et voksende antall yngre brukergrupper. Utviklingen i de kommunale omsorgstjenestene de siste 15 år med et større mangfold av boformer og faglige tilnærminger må derfor også ses i lys av den sterke veksten i hjemmetjenestebrukere under 67 år.

Riksrevisjonens undersøkelse understreker videre behovet for regjeringens nye Samhandlingsreform, og har i den sammenheng blant annet merket seg at Riksrevisjonen påpeker mangler i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommuner i forkant av innleggelse og utskrivning, og at sykehusene heller ikke har gode rutiner for behandling av avviksmeldinger fra kommunene.

Utover dette har Helse- og omsorgsdepartementet følgende merknader:

Representativitet

I kapittel 2 bør Riksrevisjonen etter vår oppfatning understreke at utvalget av kommuner i dybdeundersøkelsen ikke pretenderer å være representativt, drøfte dette forholdet, og være tydelige på at funnene ikke trenger å være gyldige for alle norske kommuner. Det er rimelig å anta at kommunestørrelse har betydning for de funn som er gjort, når den minste kommunen i utvalget har 24 000 innbyggere, og en stor andel av kommunene i Norge har mindre enn 5 000 innbyggere. Betydningen av dette forholdet fremgår i undersøkelsens punkt 5.3, hvor det blir vist til Helsedirektoratets rapport IS-1420 som konkluderer med at kommunikasjon og samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen avtar med økende kommunestørrelse.

"Tilstrekkelig omfang og en forsvarlig kvalitet"

Riksrevisjonens undersøkelse har heller ikke drøftet kvalitetsbegrepet brukt i sammenheng med pleie- og omsorgstjenestene. Vi har tidligere vist til litteratur som tar opp de metodiske problemene med å måle kvalitet i eldreomsorgen og pekt på behovet for å klargjøre hvor undersøkelsen legger lista i forhold til hva som er "forsvarlig" eller "tilstrekkelig". Vi mener det burde vært gjort mer eksplisitt i kapittel 2. Det ville vært en styrke for dybdeundersøkelsen, og gjort det lettere å forholde seg til vurderinger og konklusjoner som noe mer enn en oppsummering av synspunkter fra ulike aktører i kommunene. Interessant ville det i den sammenheng også vært om undersøkelsen hadde sammenholdt dekningsgrader og statistiske data fra den enkelte kommune med de utsagn som kom frem i intervjuene.

Undervisningssykehjemmene

Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har en mer nyansert og positiv oppfatning av undervisningssykehjemmenes rolle og resultater enn det som kommer til uttrykk i litt bastante konklusjoner under punkt 6.2:

"Undervisningssykehjemmene klarer i liten grad å spre kunnskapen til de resterende sykehjemmene, og fungerer mer som "mønstersykehjem" i kommunen." Utsagnet gjentas litt mindre bastant under punkt 8.1.4.

Vårt inntrykk er tvert i mot at de fleste av undervisningssykehjemmene har fått svært mye ut av små ressurser, og i flere deler av landet driver en svært utadrettet virksomhet. Det er imidlertid mulig at dette gir størst utslag i små kommuner med mindre fagmiljø enn de som har vært gjenstand for Riksrevisjonens dybdeundersøkelse.

Om dagtilbud og lovfesting

To steder i undersøkelsen står det at *"dagtilbud er ikke en lovpålagt oppgave"* (punkt 5.2 og 8.1.2). Vi foreslår at disse utsagnene strykes, i det vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-5/2007 om Aktiv omsorg som tydeliggjør hvordan kommunens ansvar og plikt i denne sammenheng er å forstå, selv om tiltaket ikke eksplisitt er listet opp i loven.

Pårørende

Departementet har merket seg et av funnene i dybdeundersøkelsen: *"Flere mener innsatsen pårørende yter er avgjørende for at eldre kan bli boende hjemme, og at et mer omfattende tjenestetilbud kunne gjort det lettere for pårørende å*

fortsette å ha ansvar for eldre hjemmeboende".

Riksrevisjonen viser samtidig til Helsetilsynet som i oppsummeringen av det landsomfattende tilsynet med avlastning og støttekontakt konkluderte med at støttekontakt i liten grad er en tjeneste som gis til eldre, og at eldre også i liten grad for tilbud om hjemmebasert avlastning. Utbygging av hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og avlastningstiltak må derfor være sentrale virkemidler for å videreutvikle samarbeidet med pårørende i møte med fremtidens omsorgsutfordringer.

Omsorg i plan

I punkt 8.1.4 er det referert til "Omsorg i plan" som et tiltak under Kompetanseløftet. "Omsorg i plan" har imidlertid vært en overskrift departementet i regi av Omsorgsplan 2015 har brukt på arbeidet med å få kommunene til å sette fremtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunal planlegging (kommuneplan, økonomiplan). Dette er ut fra en erkjennelse av at disse utfordringene ikke er et ansvar for helse- og sosialtjenestene alene, men vil berøre de fleste av samfunnets sektorer, og må involvere organisasjoner, familie, frivillige og lokalsamfunn. Dette gjelder ikke minst de utfordringer som er knyttet til "det aldrende samfunn". Kommunenes planarbeid blir nå oppsummert gjennom et prosjekt ved Høgskolen i Telemark/Senter for omsorgsforskning Sør.

Referanseliste

Lover, forskrifter og regelverk

- Lov av 19. november 1982 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov av 13. desember 1991 nr. 81: Lov om sosiale tjenester mv. (sosialtjenesteloven)
- Lov av 25. september 1992 nr. 107: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommune-loven)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasientrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64: Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov av 15. juni 2001 nr. 93: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- Forskrift av 18. november 1987 nr. 1153: Forskrift om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste
- Forskrift av 14. november 1998 nr. 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift av 16. desember 1998 nr. 1447: Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Forskrift av 14. april 2000 nr. 328, Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385: Forskrift om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester 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 mv.
- Forskrift av 17. februar 2006 nr. 204. Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner, odelstingsproposisjoner og stortingsmeldinger

- St.prp. nr. 1 (2006–2007) Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr. 1 (2007–2008) Helse- og omsorgsdepartementet

- St.prp. nr. 1 (2008–2009) Helse- og omsorgsdepartementet
- Ot.prp. nr. 43 (1999–2000) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m.
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m.
- St.meld. nr. 50 (1996–1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet – respekt – kvalitet*
- St.meld. nr. 23 (1992–1993) *Om forholdet mellom staten og kommunene*
- St.meld. nr. 28 (1999–2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene, Omsorg 2000*
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer*

Innstillinger

- Innst.S. nr. 150 (2006–2007), Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om budsjettet for 2007

Styringsdokumenter, rapporteringer og referater

- Statsbudsjettet 2007 – Fullmaktsbrev for 2007 – orientering om oppgaver på Sosial- og helseområdet
- Statsbudsjettet 2008 – kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet – tildeling av bevilgning
- Statusrapport fra Helsedirektoratet på Omsorgsplan 2015 til Kommuneproposisjonen for 2009
- Rapportering på Omsorgsplan 2015, fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet august 2008
- Årsrapport fra Statens helsetilsyn 2007
- Virksomhetsplan for Statens helsetilsyn 2007
- Materiale fra tredje konsultasjonsmøte mellom staten og KS, 19. august 2008
- Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og sosialområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS av 21. juni 2007

Handlingsplaner og strategier

- Omsorgsplan 2015 særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008), programkategori 10.60
- Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013

Rundskriv, retningslinjer og veiledninger

- Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Rundskriv I-5/2007 fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets kommuner og fylkeskommuner
- Veileder til retningslinjer for investerings-tilskudd fra Den Norske Stats Husbank til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. (Retningslinjene ble vedtatt på hovedstyremøte 11. desember 2007. De trer i kraft samtidig med forskriften, 25. februar 2008). HB 8.C.8, 1. juli 2008

Annen litteratur

- NOU 2004:17 *Statlig tilsyn med kommunesektoren*
- Statens helsetilsyn (2005) *Pleie- og omsorgstjenester på strekk*, rapport nr. 7
- Statens helsetilsyn (2006) *Et stykkevis og delt tjenestetilbud?*, rapport nr. 3
- Arbeidstilsynet (2007) *Rett Hjem – kampanje i hjemmetjenesten 2002–2007*
- Otterstad, Hans Knut og Tønseth, Harald: *Hvordan unngå sykehjemskø? Aldring og livsløp 4/2007*
- Selbæk, Geir, Kirkevold Øyvind og Engedal Knut: *The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006
- IS-1327 *Når matinntaket blir for lite ...*, Nasjonalt råd for ernæring, Sosial- og helsedirektoratet, juni 2006
- IS-1420 *Legetjenester til personer med pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon*, Sosial- og helsedirektoratet, 2006
- IS-1436 *Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene*, Sosial- og helsedirektoratet 2007
- IS-1486 *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Sosial- og helsedirektoratet 2007
- IS-1498 *Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre*. Sosial- og helsedirektoratet, november 2007
- IS-1606 *Kommunenes lokale normering av legetjenesten i sykehjem*. Helsedirektoratet 2008
- Høyskolen i Østfold (2008) *Mat og måltider i sykehjem: Undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*, rapport nr. 3.
- SINTEF Helse, SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006
- SINTEF Helse, SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007
- Prosedyre for systemrevisjon, Statens helsetilsyn 2008
- Dokument nr. 3:7 (2007–2008) *Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten*

Kommune A

Kommune A er en mellomstor kommune. Pleie- og omsorgstjenestene er organisert i seks soner rundt et sentralisert forvaltningskontor som tildeler pleie- og omsorgstjenester for hele kommunen. Tildelingen skjer på bakgrunn av en skriftlig søknad til forvaltningskontoret. Søknaden følges opp av et kartleggingsbesøk fra kommunen hvor tjenestemottakernes tjenestebehov kartlegges.

Kommunen har tre sentre med omsorgsboliger og tre sykehjem. Kommunen kjøper også noen sykehjems plasser av private. Sykehjemmene har tilbud om langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i form av avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold. I noen av institusjonene gis det tilbud om dagplasser for demente.

Hjemmetjenesten tilbyr praktisk bistand og hjemmesykepleie. I tillegg tilbyr kommunen trygghetssalarm, støttekontakt, omsorgslønn, dagsenter og seniorsenter.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viste at 42 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, fikk hjemmetjenester i 2007, mens 12 prosent fikk institusjonstjenester. 46 prosent av aldersgruppen mottok ikke noen tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Ifølge kommunallederen og ledere og ansatte er det mange eldre som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Kommunen har derfor en målsetting om å tilrettelegge slik at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig.

Ledere og ansatte opplyser at det i noen tilfeller kan ta tid før hjemmeboende som har søkt om institusjonsplass, får tildelt plass. Det henger i noen grad sammen med at kommunen har få institusjonsplasser. Ledere og ansatte er usikre på om tjenestetilbudet som bygges opp i hjemmet for disse tjenestemottakerne, er godt nok.

Ifølge kommunallederen og ledere og ansatte er mange hjemmeboende demente. De peker videre

på at enkelte av kommunens eldre tjenestemottakere er plassert på feil omsorgsnivå. De mener det finnes eldre hjemmeboende med et høyere bistandsbehov enn enkelte av kommunens sykehjemsboende, samtidig som enkelte sykehjemsboende kunne klart seg i eget hjem. Kommunallederen mener likevel at hjemmetjenesten klarer å gi de hjemmeboende et forsvarlig tilbud.

Ifølge ledere og ansatte er det i enkelte tilfeller ikke samsvar mellom tjenestemottakernes bistandsbehov og det tjenestetilbudet vedkommende ønsker. De peker på at det finnes tilfeller hvor tjenestemottaker ønsker å bli boende i eget hjem, men hvor pleie- og omsorgstjenesten mener bistandsbehovet tilsier institusjonsplass.

Både kommunallederen, ledere og ansatte og tilsynslegen mener pleie- og omsorgstjenesten har for liten tid til å utføre en grundig jobb. Ledere og ansatte underbygger dette ved å fremheve at hjemmetjenesten kunne gitt et bedre tjenestetilbud om personellet hadde hatt bedre tid til å følge opp forhold som ernæringsstatus, mestringsevne og stimulering.

Tilsynslegen peker også på at det kan være vanskelig for eldre tjenestemottakere å forholde seg til at det er mange forskjellige pleiere innom hver dag.

Institusjonstjenester

Rådmannen, kommunallederen, tilsynslegen og ledere og ansatte mener kommunen har underskudd på institusjonsplasser. Kommunallederen opplyser at dette tidvis innebærer at kommunen har overbelegg på institusjonene.

Kommunallederen og tilsynslegen sier videre at få institusjonsplasser medfører at hjemmeboende med behov for institusjonsopphold settes på venteliste. For å sikre at tjenestemottakere med størst bistandsbehov prioriteres i tildelingen, blir ifølge kommunallederen, tjenestemottakernes bistandsbehov vurdert opp mot hverandre ved søknad om sykehjems plass.

Kommunallederen mener at kommunen ikke har tilstrekkelig antall plasser tilrettelagt for demente. Ledere og ansatte peker på at demente i en del

tilfeller blir boende hjemme for lenge, slik at de ikke får fullt utbytte av institusjonstilbudet når det først tildeles.

Kommunallederen, ledere og ansatte og tilsynslegen hevder at en stor del av plassene som er avsatt til tidsbegrenset opphold, benyttes av tjenestemottakere med vedtak om langtidsopphold. Det skyldes at kommunen ikke har tilstrekkelig antall langtidsplasser tilgjengelig. Kommunallederen og tilsynslegen peker på at feil bruk av institusjonsplasser skaper opphopinger i systemet. Ledere og ansatte fremhever videre at kommunen mister muligheten til å arbeide forebyggende og rehabiliterende. Dette fordi plasser satt av til tidsbegrenset opphold benyttes av mottakere med vedtak om langtidsopphold.

Ledere og ansatte mener at det finnes eldre som bor i omsorgsboliger som ikke er tilrettelagt for deres bistandsbehov, og at de derfor burde vært tildelt langtidsopphold i institusjon. Kommunallederen mener på sin side at omsorgsboliger med fast bemanning har et kompetansenivå tilsvarende sykehjem, og at beboere i omsorgsbolig derfor får et like godt tilbud som de ville fått på sykehjem.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Kommunallederen mener pleie- og omsorgstjenestens innsats er mer innrettet mot pleie enn forebygging, noe som gjør det vanskelig å sikre alle tjenestemottakere et tilstrekkelig aktiviseringsstilbud. Kommunallederen og ledere og ansatte mener personellet i pleie- og omsorgstjenesten er veldig opptatt av aktivisering av tjenestemottakernes, men at kommunen ikke utnytter ressursene godt nok.

Både kommunallederen, tilsynslegen og ledere og ansatte mener fysioterapi- og ergoterapi-tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten ikke er godt nok. De mener det er viktig at hjemmetjenesten driver aktiv ADL-trening for å opprettholde tjenestemottakernes eksisterende funksjonsnivå. Ledere og ansatte mener imidlertid at det ikke alltid er samsvar mellom tiden som er tildelt, og tiden som er nødvendig for å kunne gjennomføre god ADL-trening. De mener derfor det forebyggende og rehabiliterende arbeid nedprioriteres.

Kommunallederen opplyser videre at fysioterapi- og ergoterapiressurser i stor grad er rettet inn mot plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, og da særlig rehabiliteringsplasser. Tilsynslegen under-

bygger dette ved å fremheve at langtidsbeboere på sykehjem ikke får tilbud om fysioterapi, selv om tilbudet er medisinsk formålstjenlig.

Dagtilbud

Kommunallederen mener at kommunen har et tilstrekkelig dagtilbud for gruppen av tjenestemottakere som selv kan stå for transport til dagsenteret, men at dagtilbudet til de øvrige hjemmeboende er mangelfullt. Ledere og ansatte sier at de som ikke får dagtilbud, settes på venteliste. Ifølge ledere og ansatte har flere av de som mottar dagtilbud, behov for et mer omfattende tilbud enn hva kommunen tilbyr. De mener likevel at dagtilbudet i stor grad er tilpasset den enkelte tjenestemottakers behov, men at kommunen ikke har klart å tilpasse åpningstider og transport etter behovet.

Kommunallederen, ledere og ansatte og tilsynslegen opplyser at kommunen har et eget dagtilbud til demente, men at tilbudet er begrenset.

Ved enkelte av kommunens omsorgsboliger arrangeres det ulike aktivitetstilbud. Ledere og ansatte mener dette i stor grad gjør at en del demente klarer seg lenger uten institusjonsopphold, og de ser forskjeller mellom beboere i omsorgsboliger med og uten aktivitetstilbud.

Ernæring

Ledere og ansatte understreker hvor viktig det er å sikre tjenestemottakernes tilstrekkelig ernæring med tanke på å vedlikeholde funksjonsnivået. Betydningen av at pleiere har tilstrekkelig tid til å stimulere til økt matinntak gjennom sosialt samvær og tilstedeværelse, vektlegges av både ledere og ansatte og tilsynslegen. Ledere og ansatte peker likevel på at hjemmetjenesten i enkelte tilfeller ikke klarer å følge opp ernærings-situasjonen til hjemmeboende på en tilstrekkelig måte.

Sykehuset og tilsynslegen opplyser at det legges inn pasienter fra hjemmetjenesten som har dårlig ernæringsstatus, eller som er dehydrerte. Sykehuset peker også på at dårlig ernæring i kombinasjon med store mengder medisiner kan ha uheldige virkninger for eldre pasienter.

Oppfølging av det medisinske tilbudet

Sykehuset mener det mangler en helhetlig oversikt i det medisinske tilbudet til eldre tjenestemottakere, fordi mange medisinske aktører er involvert.

Ledere og ansatte og sykehuset mener også det er mangler i den medisinske informasjonsoverføringen. Det kan medføre ulik medisinsk informasjon hos de forskjellige medisinske aktørene. Tilsynslegen opplyser at han ofte seponerer medisiner hos sykehjemsbeboere som kommer fra sykehuset, men fremhever likevel at multidose-systemet har gitt kommunen bedre kontroll over medisineringen.

Ledere og ansatte opplyser at kommunen er i gang med et Elin-K-prosjekt, som de håper skal bedre kommunikasjonen og sikre korrekt medisinsk pasientinformasjon.

Sykehuset og ledere og ansatte peker videre på at det kan ta tid før epikrisen sendes ut, noe som kan føre til at tilsynslegen eller fastlegen ikke får oppdatert informasjon til rett tid.

Legetjenester

Ifølge ledere og ansatte er samarbeidet med fastlegen mangelfullt. De hevder at fastlegene er lite tilgjengelige, og at det kan gjøre samarbeidet om tjenestemottakerne vanskelig. I tillegg sier de at fastlegene i liten grad gjennomfører hjemmebesøk hos eldre tjenestemottakere. Ledere og ansatte mener et kontinuerlig samarbeid med fastlegene er viktig for at pleierne skal kunne ha faste personer å rådføre seg med om medisinske spørsmål.

Ledere og ansatte mener også at tilsynslegen er lite til stede på sykehjemmene, og at det er ønskelig at mer tid benyttes på sykehjemmene. Ledere og ansatte peker også på at de fleste tilsynslegene er tilsatt i små stillingsbrøker.

Ledere og ansatte gjør oppmerksom på at lav sykepleierdekning i helgene kan føre til hyppigere bruk av legevaktslege. Det vil igjen gi noen unødvendige sykehusinnleggelser.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har utformet en egen handlingsplan for eldreomsorgen. En gjennomgang viser at kommunen i tiden fremover legger vekt på en styrking av hjemmetjenesten, utbygging av flere institusjonsplasser samt dagtilbud for demente.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Kommunen har etablert et internkontroll- og kvalitetssystem. Ledere og ansatte opplyser at de kjenner til kvalitetssikringssystemet, men at internkontroll i større grad oppleves som et fremmed begrep.

Ledere og ansatte sier pleie- og omsorgstjenesten har etablert et avvikssystem. De påpeker videre at det har skjedd en holdningsendring når det gjelder avviksrapportering. Tidligere ble det å melde om avvik sett på som lite kollegialt, mens det nå i større grad ses på som et ledd i kvalitetsutviklingen av tjenestetilbudet. Ledere og ansatte fremhever at lederne ikke alltid gir tilbakemelding på de innrapporterte avvikene.

Kommunallederen opplyser at kommunen kontinuerlig forsøker å drøfte hva som er kvalitet og hva som skal meldes som avvik. Likevel fremhever kommunallederen at det nok fortsatt meldes for få avvik. Kommunallederen understreker også viktigheten av at ledere klarer å formidle at avviksrapportering og riktig håndtering av avvik er en del av tjenestens kvalitetssikring.

I følge kommunalleder har kommunen gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser av virksomhetene hvert annet eller tredje år. Forrige gang ble det ikke avdekket noen risikoområder.

Bemanning og kompetanse

Både kommunallederen og ledere og ansatte mener kommunen har behov for flere ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. De fremhever videre at det er vanskelig å rekruttere enkelte typer personell, og da særlig sykepleiere til både hjemmetjenesten og institusjon.

Dokumentgjennomgang viser at kommunen ikke har utarbeidet en rekrutteringsplan for pleie- og omsorgstjenesten. Men kommunen har utarbeidet en kompetansehevingsplan som gir oversikt over hvilke kurs som tilbys, og målgruppen for kursene. Kommunens kompetansebehov er imidlertid ikke kartlagt, og planen inneholder heller ikke klare mål for fremtidige kompetansebehov. Kommunallederen mener at kommunen har rettet stor oppmerksomhet mot å sikre kompetanseheving blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, og særlig de ufaglærte. Kommunen har et fast kursprogram for nyansatte og vikarer for å sikre at de har basiskunnskap om generelt stell og etikk. Ledere og ansatte fremhever at det er nødvendig med mer fagkompetanse i hjemmetjenesten i og med at de ansatte her ofte står alene med faglig utfordrende oppgaver.

Ledere og ansatte peker på at bemanningen i pleie- og omsorgstjenesten er lav. De mener dette fører til at pleiepersonellet slites ut, og at tiden til hver enkelt tjenestemottaker blir begrenset.

Ledere og ansatte opplyser at alle stillinger i utgangspunktet er besatt med faglært personell, men at det brukes personell uten relevant fagutdanning ved fravær. Personell uten relevant fagutdanning benyttes spesielt i helgene, noe som gjør tjenestetilbudet særlig sårbart. Kommunallederen opplyser også at sykefraværet i kommunens pleie- og omsorgstjeneste er høyt.

Kommunallederen og ledere og ansatte opplyser at pleie- og omsorgstjenesten har en del ansatte med lave stillingsbrøker. Ifølge kommunallederen kan den utbredte bruken av små stillingsbrøker gå utover kvaliteten på tjenestetilbudet.

Både kommunallederen og ledere og ansatte peker i tillegg på at det er vanskeligere å følge opp ansatte i lave stillinger. Ledere og ansatte fremhever likevel at mange av disse ansatte fyller opp stillingene med ledige vakter. Ledere og ansatte understreker den positive betydningen av et stabilt personell med store stillingsbrøker, fordi mange ulike pleier kan bli uoversiktlig for eldre tjenestemottakere.

Siden pasienter som skrives ut fra sykehuset trenger mer behandling enn tidligere, mener ledere og ansatte at det er en utfordring å følge opp med tilstrekkelig fagkompetanse. De savner et tettere samarbeid med sykehuset når det gjelder hospitering og kompetanseoverføring. Utilstrekkelig kompetanse, sammen med mange vikarer, forsterker faren for at tjenestetilbudet i helgene blir særlig sårbart, mener ledere og ansatte.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Kommunen og sykehuset har inngått en samarbeidsavtale. Avtalens intensjon er å redusere antall liggedøgn på sykehuset, og sikre at pasienten overføres til kommunen når vedkommende er utskrivningsklar. Gjennomgang av samarbeidsavtalen viser at den inneholder detaljert informasjon om rutiner for inn- og utskrivning til sykehuset.

Kommunallederen mener at rutinene som regulerer inn- og utskrivninger, ikke er godt nok kjent blant ansatte på sykehuset, og at dialogen mellom sykehuset og kommunen ikke er god nok i det daglige.

Det er etablert et system for avviksrapportering mellom kommunen og sykehuset. Kommunallederen hevder at sykehuset ikke følger opp avvismeldingene som sendes fra kommunen. Det fører til at en del av avvikene gjentar seg. Ledere og ansatte opplyser at en stor del av

avvikene kommunen sender sykehuset, er knyttet til manglende epikrise.

Det pekes på mangler ved informasjonsoverføringen mellom kommunen og sykehuset. Ledere og ansatte og tilsynslegen hevder at nødvendig medisinsk informasjon ikke alltid følger med pasienten ved utskrivning fra sykehuset. Tilsynslegen opplyser likevel at sykehuset i mange tilfeller sender med en foreløpig epikrise.

Sykehuset opplyser at de gir kommunen informasjon om innlagte pasienter på et tidlig tidspunkt. Tilsynslegen og ledere og ansatte mener at pasienter blir skrevet ut tidligere fra sykehuset enn før, og de er usikre på om kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere dette. Ledere og ansatte erfarer også at utskrivning av pasienter noen ganger skjer for raskt, noe som fører til at de ikke i tilstrekkelig grad får forberedt et tilpasset tilbud.

Samarbeidsavtalens definisjon av en utskrivningsklar pasient er formulert i tråd med forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Kommunallederen mener at når det oppstår uenigheter i forbindelse med om en pasient er utskrivningsklar, er det sykehuset som i de fleste tilfeller avgjør om pasienten skal skrives ut. Kommunen har liten innflytelse på denne avgjørelsen.

Både sykehuset, tilsynslegen og ledere og ansatte viser til at sykehuset har blitt mer spesialisert, noe som gjerne fører til at eldre pasienter bare behandles for enkeltdiagnoser, og at helheten blir borte. Det utgjør en økt fare for reinnleggelser, særlig blant eldre. Sykehuset trekker frem betydningen av å ha en geriatriisk avdeling ved sykehuset for at eldre skal få en helhetlig vurdering under sykehusoppholdet.

Kommune B

Kommune B er en mellomstor kommune. Kommunen er geografisk inndelt i fem omsorgsenheter som tilbyr pleie- og omsorgstjenester i hjemmet og i institusjon. Kommunen har ikke etablert et sentralt forvaltningskontor. Tildeling av pleie- og omsorgstjenester skjer på bakgrunn av en skriftlig søknad til hver av de fem omsorgsenhetene. Søknaden følges opp av et kartleggingsbesøk hvor representanter fra kommunens pleie- og omsorgstjeneste vurderer mottakernes tjenestebehov.

Kommunen har et vidt spekter av tjenester: trygghetsalarm, dagtilbud, støttekontakt, omsorgslønn, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjem, omsorgsbolig og seniorsenter. Sykehjemmene har tilbud om langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i form av avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold.

Ifølge Statistisk sentralbyrå fikk 30 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, hjemmetjenester i 2007, mens 16 prosent fikk institusjonstjenester. 54 prosent av aldersgruppe mottok ikke noen tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Kommunallederen fremhever at det finnes tjenestemottakere som får avslag på institusjonsplass, og som derfor får bygget opp et omfattende tjenestetilbud i hjemmet. Ifølge kommunallederen og ledere og ansatte fører det til et stort press på hjemmetjenestene.

Tilsynslegen opplyser at hjemmetjenesten ikke rekker mer enn det strengt tatt nødvendige hjemme hos tjenestemottakerne, og er derfor usikker på hvem som skal gi de eldre et innhold i hverdagen. Kommunallederen understreker at hjemmetjenesten har begrenset tid til å være sammen med tjenestemottakerne og drive forebyggende arbeid.

Ledere og ansatte påpeker at det er mange demente hjemmeboende, men mener at denne gruppen får et forsvarlig tilbud. De peker videre på at pårørende i stor grad bidrar til at mange hjemmeboende tjenestemottakere har en hjemmesituasjon som fungerer. De understreker likevel at det finnes et skjæringspunkt for når det ikke lenger er forsvarlig å la demente bo hjemme. Tilsynslegen mener kommunen ikke klarer å tilrettelegge godt nok for at pårørende skal kunne ha demente boende hjemme så lenge som mulig, og begrunner dette med at tilbudet om institusjonsplass først gis når situasjonen er kritisk.

Institusjonstjenester

Både kommunallederen og fagsjefen opplyser at kommunen har for få sykehjemsplasser, noe fagsjefen mener har ført til overbelegg i perioder.

Fagsjefen er også av den oppfatning at kommunen mangler plasser avsatt til tidsbegrenset opphold. Det er plasser som skal fungere som et

bindeledd mellom hjemmetjenesten og institusjon. En større satsing på tidsbegrensede plasser kunne bidratt til at enkelte eldre fikk bo hjemme lenger.

Tilsynslegen mener at kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene som gis i hjemmet, kan være like god som institusjonstjenestene, men fordelene med institusjon er personellets kontinuerlige tilstedeværelse.

Tilsynslegen mener videre at demente institusjonsbeboere ikke blir godt nok ivaretatt, og at sykehjemstilbudet burde vært mer differensiert. Tilsynslegen fremhever at det særlig er demente med behov for skjerming som ikke får et godt nok tilbud.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Kommunallederen og fagsjefen fremhever at hjemmetjenesten i stor grad retter oppmerksomheten mot opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå, men at kommunen ikke arbeider systematisk nok med det forebyggende arbeidet. Tilsynslegen og ledere og ansatte underbygger dette og opplyser at det både i hjemmetjenesten og i institusjon legges til rette for at tjenestemottakerne skal kunne klare mest mulig selv, for på den måten å opprettholde funksjonsnivået. Ledere og ansatte og tilsynslegen peker likevel på at aktivisering og egentrening nedprioriteres siden mesteparten av tiden går med til ren pleie. Ledere og ansatte fremhever også at det å opprettholde funksjonsnivået er vanskeligere å få til i hjemmetjenesten enn i institusjon, fordi det i hjemmetjenesten er satt av for liten tid hos hver tjenestemottaker.

Samarbeidet med fysioterapi- og ergoterapi-tjenestene er ifølge ledere og ansatte godt både i hjemmetjenesten og i institusjon. Det er fysioterapeuter og ergoterapeuter tilknyttet alle institusjoner, og hjemmetjenesten har faste møter med ergoterapeuten. Tilsynslegen mener en del eldre med fordel kunne fått fysioterapitjenester og smertebehandling i eget hjem, og fremhever at det i dag ikke er lagt godt nok til rette for dette.

Dagtilbud

Fagsjefen og ledere og ansatte peker på at dagtilbudet er viktig for å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå. De opplyser videre at de fleste tjenestemottakerne som har behov for dagtilbud, får det, men at flere har behov for et dagtilbud av større omfang. De fremhever også at

dagtilbudet ikke er alltid godt nok tilpasset den enkeltes behov.

Kommunallederen mener at dagtilbud til hjemmeboende demente bidrar til at de kan bo hjemme lenger, og samtidig er tilbudet til stor hjelp og avlastning for pårørende. I tillegg fremhever kommunallederen og fagsjefen at et godt utbygd dagtilbud bidrar til å utsette behovet for institusjonsplass. Dermed reduseres presset på kommunens institusjonsplasser.

Oppfølging av det medisinske tilbudet

Medisinering og legetjenester

Ledere og ansatte peker på at det brukes mye tid på å følge opp medisinske endringer hos tjenestemottakerne ettersom sykehuset ikke alltid gir slik informasjon. De peker derfor på betydningen av et felles datasystem hvor den medisinske informasjonen om pasientene kan deles.

Fagsjefen sier at hjemmesykepleien i enkelte tilfeller overtar en del av fastlegens oppgaver. Det bekreftes av ledere og ansatte, som sier at samarbeidet med fastlegen til tider kan være vanskelig. Dette fordi de bruker mye tid på å følge opp og koordinere tjenestemottakernes medisinbruk, noe de mener fastlegen bør ta mer ansvar for.

Kommunallederen, fagsjefen og ledere og ansatte sier at kommunen har arbeidet med å få én tilsynslege tilknyttet hvert sykehjem. Det har resultert i at det bare er ett sykehjem hvor det arbeider flere tilsynsleger. Kommunallederen og ledere og ansatte opplever dette som positivt.

Tilsynslegen og ledere og ansatte peker på behovet for tettere oppfølging fra tilsynslegen. Det begrunnes med at manglende kontinuerlig tilstedeværelse ved sykehjemmene gjerne fører til hyppig bruk av legevakts. Både tilsynslegen, ledere og ansatte og sykehuset mener at legevakten kan foreta unødvendige sykehusinnleggelser på grunn av manglende kjennskap til tjenestemottakerne.

Ifølge tilsynslegen er det satt av for få timer til å kunne gjøre en grundig jobb på sykehjemmene. Ledere og ansatte mener også det er stor variasjon i tilsynslegenes arbeid.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har utarbeidet en egen handlingsplan for eldre. En gjennomgang viser at kommunen ønsker flere korttidsplasser i sykehjem, styrke hjemmetjenesten, øke tilretteleggingen for

demente og arbeide for å redusere sykefraværet. Målene og tiltakene i handlingsplanen er ikke tatt inn i kommunens budsjett.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Kommunen har et internkontroll- og kvalitetssystem. Fagsjefen mener at det ikke arbeides godt nok med kvalitet i kommunen, og er usikker på om nasjonale føringer tas godt nok med i kommunens planarbeid. Ledere og ansatte på sin side sier at det har vært arbeidet med kvalitetssystemer i lengre tid, spesielt med utvikling av prosedyrer for å sikre ansattes kunnskap.

Kommunen har etablert et avvikssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Fagsjefen mener det er en underrapportering av avvik, og at dette kan skyldes usikkerhet knyttet til hvordan avvik skal defineres.

Ledere og ansatte mener det må jobbes mer med avviksrapportering og avvikshåndtering. De peker på at lederne ikke alltid gir tilbakemelding på innrapporterte avvik. Lite tilbakemelding kan ifølge fagsjefen og ledere og ansatte være en årsak til at det hovedsakelig meldes avvik på medisinhåndtering.

Ifølge fagsjefen og ledere og ansatte er det ikke gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser, men kommunen er i ferd med å etablere et system.

Bemanning og kompetanse

Kommunallederen og ledere og ansatte mener kommunen har utfordringer når det gjelder bemanning og rekruttering i pleie- og omsorgstjenesten.

Dokumentgjennomgangen viser at kommunen ikke har utarbeidet en egen rekrutteringsplan for pleie- og omsorgstjenesten. Kommunen har en felles opplæringsplan med oversikt over ulike kurs som tilbys. Ledere og ansatte opplyser at sykepleierne i pleie- og omsorgstjenesten oppfordres til å spesialisere seg, og at det arbeides med å få personell uten relevant fagutdanning til å ta videreutdanning. I tillegg til denne generelle kompetansehevingen i kommunen, gjennomfører pleie- og omsorgstjenesten internundervisning som et kompetansehevende tiltak.

Ledere og ansatte opplever at bemanningen i pleie- og omsorgstjenesten er lav, og kommunallederen mener det kan redusere kvaliteten på tjenestetilbudet.

Fagsjefen og ledere og ansatte opplyser at de benytter en del personell uten relevant fagutdanning som vikarer. Ifølge fagsjefen er det flest uten relevant fagutdanning på sykehjemmene, men kommunen forsøker å holde andelen på et minimum. Fagsjefen peker videre på at kommunen burde hatt flere ansatte med relevant fagutdanning i fulltidsstillinger.

Kommunallederen, fagsjefen og ledere og ansatte opplyser at kommunen har ansatte i deltidsstillinger. Særlig i helgene er det færre ansatte på jobb, og personellet består ofte av ansatte i små stillingsbrøker uten relevant fagutdanning. Ledere og ansatte mener bruken av ufaglært personell i små stillinger medfører at tjenestetilbudet i helgene er spesielt sårbart. Videre peker fagsjefen på at tjenestetilbudet i forbindelse med ferieavviklingen også kan være sårbart som følge av utstrakt vikarbruk.

Likevel fremheves det at mange av de deltidsansatte fyller opp stillingene ved hjelp av ledige vakter som følge av fravær. Ledere og ansatte mener det er vanskelig å sikre tilstrekkelig informasjonsoverføring til ansatte i små stillingsbrøker. Både fagsjefen og ledere og ansatte mener det er behov for å øke stillingsandelen til en del ansatte, og at dette også er et ønske hos flere ansatte. Ifølge ledere og ansatte er det problematisk for eldre tjenestemottakere å forholde seg til mange forskjellige pleiere.

Ledere og ansatte sier at sykefraværet i pleie- og omsorgstjenesten er høyt, men at kommunen skal sette i gang et prosjekt for å utrede det høye fraværet.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Kommunen og sykehuset har inngått en samarbeidsavtale. Ifølge ledere og ansatte fungerer ikke samarbeidet på systemnivå, bare på personnivå. Fagsjefen mener at samarbeidsavtalen ikke er godt nok kjent blant de ansatte i kommunen, mens sykehuset sier at heller ikke alle ansatte der kjenner til samarbeidsavtalen. Sykehuset er enig i at konkretiseringen av samarbeidet ikke har vært god nok.

Ifølge fagsjefen og ledere og ansatte har det vært vanskelig å få på plass rutiner og prosedyrer for det daglige samarbeidet, og da særlig rutiner knyttet til innleggelser og utskrivinger fra sykehuset. Sykehuset opplyser at de ikke alltid melder fra til kommunen om pasienter som er innlagt.

Det er opprettet et system for avviksrapportering mellom kommunen og sykehuset. Ifølge fagsjefen sender kommunen avvik til sykehuset, men får svært sjelden tilbakemelding. Dette har medført at kommunen sender færre avvik enn tidligere til sykehuset. Sykehuset opplyser at de i liten grad sender avvik til kommunen, men forsøker heller å ha en dialog.

Sykehuset sier at de oppdaterer tjenestemottakernes medisinalister under sykehusoppholdet. Ledere og ansatte mener derimot at det ikke alltid overføres tilstrekkelig medisinsk informasjon fra sykehuset ved utskriving. Ledere og ansatte peker på at epikrisen ofte mottas sent, og at det kan ta opp til to uker før endelig epikrise fra sykehuset foreligger. Sykehuset og tilsynslegen opplyser at enkelte sykehusavdelinger sender med pasienten et utskrivningsnotat i påvente av epikrisen. For å bedre kommunikasjonen mellom leger og pleiere mener ledere og ansatte at det er behov for et elektronisk kommunikasjonssystem.

Fagsjefen og ledere og ansatte peker på at kommunen i noen tilfeller ikke er enig i sykehusets utskrivinger, men at kommunen i liten grad har mulighet til å påvirke beslutningen. Kommunallederen, fagsjefen og ledere og ansatte opplyser at dette i visse tilfeller har ført til at kommunen har hatt problemer med å tilrettelegge et godt tilbud til pasientene som skrives ut. Det sies i tillegg at det ikke alltid er kapasitet til å ta imot pasienter fra sykehuset, noe som har medført etablering av kriseplasser på sykehjemmene.

Både ledere og ansatte og sykehuset peker på at enkelte innleggelser skjer på bakgrunn av behov for intravenøs behandling, noe som anses som unødvendige innleggelser.

Ledere og ansatte mener en del sykehusinnleggelser kunne vært unngått dersom det hadde vært bedre samarbeid mellom sykehuset og kommunen. Ledere og ansatte mener også sykehuset i samarbeid med tilsynslegen burde brukt mer tid på oppfølging og undervisning i kommunen.

Kommune C

Kommune C er en mellomstor kommune. Pleie- og omsorgstjenestene er delt inn i fire geografiske områder. Kommunen har etablert et sentralt tjenestekontor som behandler og tildeler pleie- og omsorgstjenester til hele kommunen. Tildelingen skjer på bakgrunn av skriftlig søknad til tjeneste-

kontoret, som følges opp med et vurderingsbesøk.

Under hvert geografiske område sorterer sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmetjenester, dag-senter, bo- og omsorgssenter og omsorgsboliger. De som har behov for institusjonsplass, kan søke om plass uavhengig av hvor de bor. Sykehjemmene har tilbud om langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i form av avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold. I tillegg til hjemmesykepleie og praktisk bistand, har kommunen ulike tiltak som trygghetsalarm, støttekontakt, omsorgslønn og dagtilbud.

Ifølge Statistisk sentralbyrå fikk 36 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, hjemmetjenester i 2007, mens 15 prosent fikk institusjonstjenester. 49 prosent i samme aldersgruppe mottok ikke noen tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Tilsynslegen opplyser at hjemmetjenesten tilrettelegger for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, men understreker at det er viktig å være oppmerksom på at ikke alle eldre tjenestemottakere kan bo i eget hjem. Ledere og ansatte opplyser at kommunen har gjennomført en undersøkelse som viser at eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig.

Ledere og ansatte forteller at når kommunen ikke har sykehjemsplasser, økes tjenestetilbudet i hjemmet frem til sykehjemsplass er tilgjengelig. Tilsynslegen og ledere og ansatte mener at stort press på sykehjemmene fører til at det befinner seg eldre hjemme eller på aldershjem som har et bistandsnivå som tilsier institusjonsplass. Tilsynslegen mener dette i stor grad er tjenestemottakere som tidligere ville vært plassert i institusjon. Tilsynslegen og kommunallederen sier at enkelte hjemmeboende er så hjelpetrengende at hjemmetjenesten bruker store ressurser på å gi dem et godt tjenestetilbud.

Tilsynslegen mener oppfølgingen av hjemmeboende ikke alltid er tilstrekkelig. Selv om de fleste hjemmeboende mottar et godt tilbud, hevder tilsynslegen og ledere og ansatte at enkelte er plassert på feil omsorgsnivå, og at noen hjemmeboende ville fått et bedre tilbud i institusjon.

Ledere og ansatte fremhever at pårørendes innsats er avgjørende for at eldre kan klare seg i eget hjem. For at dette skal være mulig, bygges det opp et omfattende tilbud til svært hjelpetrengende hjemmeboende. Det trekkes samtidig frem at samarbeidet med pårørende er bedre systematisert for sykehjemsbeboere enn for hjemmeboende.

Institusjonstjenester

Kommunallederen hevder at kommunen har riktig fordeling av institusjonsplasser avsatt til langtidsopphold og tidsbegrenset opphold, samt tilstrekkelig antall plasser i omsorgsboliger. Kommunen behøver derfor ikke å etablere flere plasser, men trenger å fordele plassene mer hensiktsmessig. Ledere og ansatte på sin side mener at kommunen har nok langtidsplasser, men for få plasser avsatt til tidsbegrenset opphold. De mener feil fordeling av plasser har ført til et press på langtidsplassene. Tilsynslegen mener også at det er stort press på kommunens sykehjemsplasser, og at kommunen har behov for flere plasser. Ledere og ansatte opplyser at kommunen tidligere opererte med ventelister for institusjonsplass, men at det nå nesten ikke er noen personer på listen.

Ledere og ansatte mener at tildelingen av sykehjemsplasser skjer ved en streng prioritering av de med størst bistandsbehov. Saksmappegangen viser at enkelte tjenestemottakere som søker om langtidsopphold, tildeles tidsbegrenset opphold i påvente av en langtidsplass. Kommunallederen mener tilbudet som da gis, ikke alltid er tilfredsstillende, og at det i enkelte tilfeller har karakter av oppbevaring.

Kommunallederen og tilsynslegen mener kommunen har for få plasser avsatt til demente. Tilsynslegen peker på at det er opprettet sykehjemsavdelinger spesielt for demente i en tidlig fase, men på grunn av stort press på institusjonsplassene, er plassene ofte belagt av eldre med langt utviklet demens som ikke kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Kommunallederen peker også på at demensplassene er for lite avgrenset, noe som kan gi både personell og beboere ekstra belastninger.

Ledere og ansatte trekker frem at den innsatsen som pårørende yter, er en skjult ressurs, og at flere pårørende har et stort ansvar for eldre tjenestemottakere. De mener derfor at kommunen burde satt i gang et mer systematisk samarbeid mellom pårørende og hjemmetjenesten.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Ledere og ansatte opplyser at kommunens dagtilbud og avlastningsopphold fungerer som forebyggende tiltak. Videre peker de på at pleie- og omsorgstjenesten retter stor oppmerksomhet mot å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsnivå i den daglige pleien, men at kommunen ikke gjør nok med tanke på det forebyggende og rehabiliterende arbeid.

Kommunallederen opplyser at kommunen har bra fysioterapidekning, men at behovet likevel ikke dekkes. Tilsynslegen og ledere og ansatte peker på at langtidsbeboere på sykehjem ikke mottar fysioterapitjenester. Ifølge ledere og ansatte gjennomfører fysioterapeutene i noen grad veiledning av ansatte slik at de kan drive mer målrettet trening på langtidsavdelingene. Ledere og ansatte mener samtidig at de som bor på langtidsavdelinger, ville profitte på et tilbud fra fysioterapeut direkte og ikke via pleiepersonellet. De direkte fysioterapiressursene brukes bare på eldre med tidsbegrenset opphold.

Tilsynslegen og ledere og ansatte opplyser at hjemmeboende tjenestemottakere ikke får tilbud om fysioterapi fra kommunen, men henvisning til private fysioterapeuter med driftsavtale.

Dagtilbud

Ledere og ansatte mener at dagtilbud er viktig i det forebyggende arbeidet, men at det er behov for å øke tilbudet. De opplyser at det finnes hjemmeboende med behov for dagtilbud hver dag, men at kommunen ikke har mulighet til å tilby dette. Ledere og ansatte understreker nødvendigheten av at dagtilbudet i større grad differensieres og tilpasses tjenestemottakernes behov. De peker likevel på at kommunen har tre dagsentre spesielt tilrettelagt for demente. Ifølge ledere og ansatte har kommunen noen personer på venteliste for dagtilbud.

Ernæring

Ledere og ansatte påpeker at eldre ofte mister evnen til å kjenne tørst og sult, noe som gjør at de sosiale omgivelsene påvirker ernæringsinntaket. De peker videre på at ansatte ofte har liten tid hos hver tjenestemottaker. Dette gjør det vanskelig for hjemmetjenesten å følge opp matinntaket.

Ledere og ansatte peker på at dagtilbud også har positiv effekt på ernæringsstatusen, ettersom tjenestemottakerne spiser og drikker mer i sosiale omgivelser.

Både sykehuset og ledere og ansatte opplyser at det legges inn eldre som følge av dehydrering og underernæring. Når disse pasientene får plass i institusjon, fører oppfølging og faste rammer ofte til økt matinntak.

Oppfølging av det medisinske tilbudet

Ledere og ansatte, tilsynslegen og sykehuset peker på at det i enkelte tilfeller oppstår mangler i den medisinske informasjonsoverføringen.

Sykehuset mener det er en utfordring at det ikke finnes et felles datasystem mellom kommunen og sykehuset, da dette kunne forhindre at partene hadde ulike medisinske oversikter. Rådmannen og ledere og ansatte opplyser at kommunen arbeider for å få på plass et elektronisk medisinsk informasjonsoverføringssystem, et Elin-K-prosjekt.

Legetjenester

Ledere og ansatte opplyser at samarbeidet med fastlegene til tider er vanskelig ettersom de ikke alltid mottar all nødvendig informasjon. Det fører til at de bruker en del tid på å etterspørre informasjonen.

Tilsynslegen sier at flere eldre har vanskeligheter med å komme seg til fastlegekontoret, og at hjemmeboende derfor ville hatt godt av at fastlegen i større grad gjennomførte hjemmebesøk. Tilsynslegen opplyser at enkelte legekantor gjennomfører møter med hjemmetjenesten for å kunne tilrettelegge best mulig for tjenestemottakerne.

Ifølge kommunallederen og ledere og ansatte er ikke kommunen flink nok til å utnytte avtalene med fastlegene. Kommunallederen peker på at det er vanskelig å få leger med små stillingsbrøker til å delta i opplæringstiltak og kompetanseoverføring mellom leger og annet helsepersonell.

Rådmannen mener at tilsynslegene i for liten grad er til stede på sykehjemmene. Knapphet på tid fører ifølge tilsynslegen til at de ikke får gjort en grundig jobb, og at de ikke føler seg som en integrert del av arbeidsmiljøet. Tilsynslegen peker på at mange institusjonsbeboere er syke og trenger omfattende behandling. Tilsynslegen hevder videre at lite legetilsyn ved sykehjemmene ofte fører til at legevakten tilkalles. Det kan føre til unødvendige sykehusinnleggelser ettersom legevakten ikke kjenner tjenestemottakerne like godt som tilsynslegen.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har utarbeidet en egen handlingsplan for eldreomsorgen. Gjennomgang viser at kommunen vurderer å bygge flere sykehjemsplasser, og øke antallet tidsbegrensede plasser. Videre ønsker kommunen å styrke hjemmetjenesten og dagtilbudet, samt styrke kompetanseutviklingen av ansatte.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Ifølge rådmannen har kommunen etablert et internkontrollsystem, men kommunallederen mener det er mangler når det gjelder både kjennskap og rapportering.

Kommunen har et avvikssystem. Kommunallederen og ledere og ansatte hevder at avvik ikke alltid meldes. De peker videre på at kommunen mangler definisjoner av hva som er avvik, og at det generelt er en manglende kultur for og dårlige holdninger til det å melde avvik. Rådmannen, kommunallederen og ledere og ansatte sier at de fleste avvikene som meldes, er rettet mot medisinbehandling og HMS.

Ledere og ansatte har ikke oversikt over hvilke områder innenfor pleie- og omsorgstjenesten kommunen har utarbeidet risikoanalyser for. I årsberetningen for 2006 fremkommer det at de har utarbeidet risiko- og sårbarhetsanalyser for temaene medikamentbehandling, vold, trusler og smitte.

Bemanning og kompetanse

Rådmannen og ledere og ansatte mener kommunen har utfordringer med å sikre tilstrekkelig bemanning og å heve kompetansenivået i pleie- og omsorgstjenesten. Ledere og ansatte underbygger dette ved å fremheve at det særlig er personell med spesialisert kompetanse kommunen har behov for. Samtidig mener de at kommunen har utfordringer når det gjelder utvikling av den eksisterende kompetansen i pleie- og omsorgstjenesten.

Dokumentgjennomgangen viser at kommunen ikke har utarbeidet en rekrutteringsplan, men at det er laget en kompetanseplan. Kompetanseplanen er lite konkret og legger brodden på ansvaret for kompetanseheving på den enkelte enhet. Videre ser det ut til at innholdet i planen bare fungerer som retningslinjer for hvordan kompetansebygging skal gjennomføres, mens det i mindre grad fokuseres på hvilken kompetanse tjenesten har behov for på sikt.

Rådmannen og ledere og ansatte opplyser at bemanningen i pleie- og omsorgstjenesten er lav. Ledere og ansatte fremhever likevel at pleie- og omsorgstjenesten har lite personell uten relevant fagutdanning, men at det kan være særlig vanskelig å skaffe nok kompetent personell i helgene.

Rådmannen og ledere og ansatte opplyser videre at kommunen har mange ansatte i små stillingsbrøker. Rådmannen mener det er vanskelig å yte god kvalitet på tjenestetilbudet når det er mange pleiere inne og yter tjenester hos hver mottaker. Både rådmannen og ledere og ansatte fremhever at kommunen har satt i gang et prosjekt for å få bukt med den uønskede deltiden.

Når det er mange pleiere innom hver tjenestemottaker, er det viktig med dokumentasjon. Ledere og ansatte opplyser at dokumentasjon tar tid fra den direkte tjenesteytingen, og derfor ikke alltid prioriteres. Ifølge rådmannen har kommunen satset aktivt på bruk av håndholdte datamaskiner i hjemmetjenesten. På denne måten håper kommunen å sikre kontinuerlig dokumentasjon av tjenestetilbudet til hjemmeboende. Tilsynslegene mener hjemmetjenesten ved bruk av håndholdte datamaskinene klarer å evaluere status hos hjemmeboende på en god måte.

De siste årene har det vært en liten økning i antall ansatte. Ledere og ansatte mener økningen ikke har gitt flere årsverk til eldreomsorgen, men at økningen har gått til andre brukergrupper. De tenker da særlig på utviklingshemmede, som tar mye av personellressursene i pleie- og omsorgstjenesten.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Kommunen har en samarbeidsavtale med sykehuset, og partene jobber med å utarbeide rutiner for hvilken informasjon som skal følge med pasienten ved utskrivning. Kommunallederen, ledere og ansatte og sykehuset peker på at sykehuset ikke alltid følger rutineene i avtalen i det daglige samarbeidet.

Tilsynslegen peker på at det kan ta tid før epikrisen sendes fra sykehuset. For å bedre informasjonflyten er det utarbeidet et system som består av en konvolutt som til enhver tid skal følge pasienten. Konvolutten inneholder foreløpig epikrise og sykepleienotat. Til tross for systemet med konvolutter er det ifølge tilsynslegen mangler i informasjonsoverføringen og manglende avklaringer rundt pasientenes tilstand i kommunikasjonen mellom kommunen og sykehuset. Dette

kan ifølge tilsynslegen føre til en del unødvendige innleggelser. Sykehuset bekrefter at de mottar noen unødige innleggelser.

Sykehuset opplyser at det ikke blir sendt avvik til kommunen ved unødvendige innleggelser. Ifølge ledere og ansatte arbeides det med å etablere et avvikssystem som skal fange opp sider ved samarbeidet som ikke fungerer.

Tilsynslegen understreker hvor viktig det er at kommunen får informasjon om utskrivninger så tidlig som mulig, slik at de har mulighet til å tilrettelegge et godt tjenestetilbud. For å gjøre overgangen fra sykehuset til kommunen smidigere, er det etablert et samarbeidsprosjekt. Intensjonen er å fange opp tjenestebehovet til innlagte pasienter, så tidlig som mulig og orientere om tilbudet som finnes i kommunen.

Sykehuset opplyser at de ikke alltid mottar nødvendig medisinsk informasjon om pasienten fra kommunen, og at det ikke finnes et felles system som viser hvilke medikamenter pasientene benytter. Ifølge sykehuset og kommunen kan manglende oversikt over hvilke medisiner den enkelte benytter, føre til at pasienter har flere ulike medisinlister. Det fører igjen til at både sykehuset og kommunen bruker mye tid på å finne ut hvilke medisiner pasientene faktisk skal ha.

Ledere og ansatte og sykehuset peker på at det i enkelte tilfeller kan oppstå uenigheter om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar. Ledere og ansatte mener det i slike tilfeller er sykehuset som definerer. Kommunallederen og ledere og ansatte mener kommunen i enkelte tilfeller har kompetansemessige utfordringer med å ta imot pasienter med omfattende behandlingsbehov.

Leder og ansatte peker på at en spesialisering av sykehusavdelinger kan medføre at pasientene bare behandles for enkeltdiagnoser. Leder og ansatte og sykehuset fremhever at enkelte pasienter legges inn på grunn av behov for intravenøs behandling, noe som anses som en unødvendig innleggelse.

Kommune D

Kommune D er en stor kommune. Pleie- og omsorgstjenesten er organisert i åtte soner som tilbyr tjenester i hjemmet og i institusjon. Kommunen har ikke etablert et sentralt forvaltningskontor. Tildeling av pleie- og omsorgstjenester skjer på bakgrunn av skriftlig søknad til hver av

de åtte sonene. Alle søknader følges opp med et kartleggingsbesøk hvor tjenestemottakernes behov vurderes.

Kommunen har ti sykehjem og tre omsorgssentre. Sykehjemmene tilbyr langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i form av avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold. Enkelte av institusjonene har også tilbud om dagopphold.

Hjemmetjenesten tilbyr hjemmesykepleie og praktisk bistand. I tillegg tilbyr kommunen matombringing, trygghetsalarm, omsorgslønn, støttekontakt og dagsenter.

Ifølge Statistisk sentralbyrå mottok 35 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, hjemmetjenester i 2007, mens 10 prosent fikk institusjonstjenester. 55 prosent i samme aldersgruppe mottok ikke tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Ledere og ansatte sier de jobber ut fra et mål om at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Når det ikke er ledige institusjonsplasser, får enkelte tjenestemottakere bygget opp et én-til-én-tilbud i hjemmet. De opplyser også at enkelte tjenestemottakere i påvente av langtidsplass får tildelt en institusjonsplass avsatt til tidsbegrenset opphold.

Fagsjefen mener kommunen har en utfordring når det gjelder å gi hjemmeboende et tilfredsstillende tjenestetilbud, og mener derfor det er behov for å øke bemanningen i hjemmetjenesten.

Ledere og ansatte mener eldre i enkelte tilfeller bor hjemme lenger enn hva bistandsbehovet tilsier, noe de mener stiller store krav til pårørende. De understreker samtidig at det finnes tjenestemottakere som vil bo hjemme, selv om behovet tilsier sykehjemsplass.

Tilsynslegen og fagsjefen trekker frem at enkel tilrettelegging i tjenestetilbudet kan gjøre det lettere for pårørende å ha eldre boende hjemme.

Institusjonstjenester

Pleie- og omsorgssjefen, fagsjefen, tilsynslegen og ledere og ansatte opplyser at kommunen har for få sykehjemsplasser. Dette har medført at tjenestemottakere står på venteliste. Fagsjefen og tilsynslegen mener terskelen for å få tildelt

institusjonopphold er for høy. Fagsjefen opplyser også at kommunen har ventelister på omsorgsboliger.

Både pleie- og omsorgssjefen, fagsjefen, tilsynslegen og ledere og ansatte peker på feil bruk av institusjonsplasser. Det fremheves at plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, benyttes av tjenestemottakere med vedtak på langtidsopphold, ettersom det ikke er ledige langtidsplasser. De mener dette begrenser sirkulasjonen på de tidsbegrensede plassene. Tilsynslegen er av den oppfatning at en fornuftig bruk av tidsbegrensede plasser kan utsette behovet for permanent sykehjemssinnleggelse med flere år.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Ifølge fagsjefen og tilsynslegen er det rehabiliterende og forebyggende arbeidet ikke tilstrekkelig vektlagt i kommunen. Fagsjefen peker også på at kommunen ikke har et tilfredsstillende aktiviseringsstilbud. Det gjelder både for hjemmeboende og institusjonsbeboere.

Både fagsjefen og ledere og ansatte peker på at det tidligere var avsatt en del stillinger til aktiviteter, men disse ble senere omgjort til pleiestillinger. Ledere og ansatte hevder at satsingen på aktiviteter i institusjonene har økt noe i den senere tid, mens tilsynslegen mener at hvorvidt aktivitet prioriteres, varierer mellom sykehjemsavdelingene.

Både fagsjefen, tilsynslegen og ledere og ansatte opplyser at kommunen har dårlig dekning når det gjelder fysioterapeuter og ergoterapeuter. Ifølge fagsjefen og tilsynslegen er ikke tjenestemottakere med langtidsopphold i institusjon prioritert når det gjelder fysioterapi og ergoterapi. Fagsjefen opplyser at hjemmeboende kan få tilbud om hjemmerehabilitering og hjemmefysioterapi, men at kommunen ikke har et tilstrekkelig tilbud til å dekke behovet.

Ledere og ansatte forklarer den høye terskelen for fysioterapi og ergoterapi med at tjenesten er organisert utenfor omsorgsetaten, og de mener dette skaper større avstand mellom tjenestene. De peker likevel på at samarbeidet stort sett er godt.

Dagtilbud

Ifølge fagsjefen og ledere og ansatte har kommunen begynt å bygge opp igjen dagtilbudet, etter at tilbudet ble halvert i en periode. Fagsjefen mener at dagtilbud er et forebyggende

tiltak siden det blant annet stimulerer til økt matinntak. Videre peker fagsjefen på at ikke alle tjenestemottakere som har behov for dagtilbud, får det, og at det er noe kø. Det medfører at pleie- og omsorgstjenesten må selekttere hvem som får plass.

Fagsjefen opplyser at kommunen har et eget dagtilbud til demente som er knyttet opp mot institusjonstilbudet for gruppen. Dette for å nyttiggjøre seg kompetansen i avdelingene.

Ernæring

Ifølge ledere og ansatte har pleie- og omsorgstjenesten utfordringer knyttet til oppfølging av tjenestemottakernes ernæringsstatus. De peker på at spesielt i hjemmetjenesten kan det ta tid før ernæringsvikt oppdages, ettersom hjemmetjenesten sjelden har tid til å sitte sammen med tjenestemottakerne når de spiser. Ledere og ansatte peker likevel på at hjemmetjenesten prøver å observere og sette inn tiltak ved behov.

Tilsynslegen og ledere og ansatte peker på at flere tjenestemottakere øker matinntaket og bedrer ernæringsstatusen under institusjonsopphold. Ledere og ansatte mener det er lettere å ha kontroll med hva tjenestemottakere spiser og drikker i institusjon enn i hjemmet. Det skyldes at hjemmetjenesten kun tilrettelegger måltidene, og ikke er til stede når måltidet inntas. Ledere og ansatte opplyser at det er utarbeidet prosedyrer for å sikre at tiltak iverksettes ved bekymring rundt ernærings situasjonen.

Tilsynslegen peker på at pleiepersonellet er oppmerksomme på tjenestemottakernes ernæringsstatus, men hevder det forekommer innleggelser som følge av manglende ernæring og dehydrering.

Tilstrekkelig oppfølging av det medisinske tilbudet

Sykehuset og tilsynslegen peker på at det er mange aktører involvert i medisineringen av tjenestemottakerne, og at det vanskeliggjør mulighetene for en helhetlig oversikt. Sykehuset og tilsynslegen mener derfor det er behov for et felles system som gir oversikt over hvilke medisiner den enkelte benytter.

Ifølge tilsynslegen deler personell uten opplæring og delegert myndighet, ut medisiner. Tilsynslegen mener dette er problematisk, fordi de som deler ut medisin, ikke har kunnskap om effekten av medisinene.

Legetjenester

Tilsynslegen og ledere og ansatte mener det er vanskelig å få til et systematisk og godt samarbeid med fastlegene. Ifølge tilsynslegen er det mange pasienter som ikke blir fulgt tilstrekkelig opp hjemme av fastlegen. Tilsynslegen mener at legetjenesten hadde vært bedre om legen hadde gjennomført flere hjemmebesøk for å vurdere hvordan eldre fungerer i hjemmet.

Pleie- og omsorgssjefen mener legedekningen på sykehjemmene er lav. Tilsynslegen sier at stillingsbrøkene er for lave til å kunne gjøre en grundig jobb. Her peker tilsynslegen også betydningen av kontakten med pårørende for å få informasjon om tjenestemottakerne, og at det er begrenset hvilken kontakt legen kan ha med pårørende når stillingsbrøken på sykehjemmet er så lav.

Tilsynslegen opplyser at det er få sykehusinnleggelser fra sykehjem hvor tilsynslegene har en stor stillingsandel. Det kommer av at tilsynslegen da kan forebygge en del situasjoner hvor kanskje legevakt ellers hadde blitt koblet inn. Tilsynslegen mener at når legen ikke er til stede, blir legevakten ofte tilkalt, og det kan resultere i unødvendige innleggelser.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har utarbeidet en egen handlingsplan for eldreomsorgen. Planen inneholder en oversikt over mål for planperioden og tiltak. Gjennomgang viser at kommunen ønsker å øke tilretteleggingen av institusjonstilbud for demente, bygge flere institusjonsplasser og innarbeide rutiner for inn- og utskrivninger mellom sykehuset og kommunen.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Ifølge fagsjefen har kommunen et internkontroll- og kvalitetssystem som skal være godt kjent, men det er en utfordring å sikre at alle ansatte i små stillinger har kjennskap til systemet.

Ledere og ansatte opplyser at de ulike virksomhetene har egne internkontrollpermer som ansatte oppfordres til å lese og holde seg oppdatert i. Ledere og ansatte peker på at det i noen tilfeller kan være vanskelig å motivere ansatte til å gjøre dette, noe som innebærer at kunnskapen er varierende. De understreker likevel at kommunen forsøker å benytte internkontrollsystemet som en aktiv del av hverdagen.

Kommunen har innført et elektronisk avvikssystem hvor den som har meldt avviket, kan gå inn og se hva som har skjedd. Pleie- og omsorgssjefen mener tjenesten har kommet langt i arbeidet med avvikshåndtering, men at det finnes ansatte som ikke kjenner godt nok til systemet. Fagsjefen opplyser at det gis tilbakemelding på alle meldte avvik, og at de ansatte har fått opplæring for å kunne identifisere og definere avvik. Fagsjefen mener likevel at det er en underrapportering av avvik.

Fagsjefen opplyser at virksomhetene er pålagt å gjennomføre risikovurderinger av tjenesten.

Bemanning og kompetanse

Ledere og ansatte opplyser at kommunen har en utfordring når det gjelder å rekruttere fagpersonell til pleie- og omsorgstjenesten. Det gjelder særlig rekruttering av sykepleiere og fysioterapeuter. Ledere og ansatte peker videre på at det er behov for å øke kompetansen både i hjemmetjenesten og i institusjon. Også her fremheves sykepleierkompetansen som spesielt viktig.

Dokumentgjennomgangen og intervjuene viser at kommunen har utarbeidet en kompetanseplan og en egen opplæringsplan. Opplæringsplanen utformes på bakgrunn av innmeldte opplæringsbehov fra hjemmetjenesten og sykehjemmene. Kommunen har ikke utarbeidet en egen rekrutteringsplan.

Ledere og ansatte og tilsynslegen mener pleie- og omsorgstjenesten ikke har tilstrekkelig bemanning, og at bemanningen er spesielt lav på nettene og i helgene. Videre peker både fagsjefen og ledere og ansatte på at kommunen benytter personell uten relevant fagutdanning, men de presiserer at bruken ikke er utstrakt, og at kommunen prioriterer kompetanseheving av denne gruppen.

Ledere og ansatte og fagsjefen opplyser at pleie- og omsorgstjenesten har en del ansatte i deltidsstillinger, men at de i mange tilfeller fyller opp deltidsstillingene med ledige vakter. Ledere og ansatte mener likevel at bruken av små stillingsbrøker bidrar til å øke gjennomtrekken i tjenesten, siden små stillingsbrøker medfører en viss uforutsigbarhet, og få ansatte ønsker små stillingsandeler. Fagsjefen og ledere og ansatte fremhever at det er vanskelig å sikre god informasjonsflyt overfor ansatte i små stillingsbrøker, noe som gjør det vanskelig å sikre kontinuitet i tjenestetilbudet.

Både fagsjefen, tilsynslegen og ledere og ansatte peker på at pleie- og omsorgstilbudet er særlig sårbart i helgene. Dette skyldes at det i helgene ofte er få på jobb, mange små stillinger og flere uten relevant fagutdanning. Ledere og ansatte peker også på at sykefraværet i pleie- og omsorgstjenesten er høyt.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Kommunen og sykehuset har inngått en samarbeidsavtale. Fagsjefen og ledere og ansatte mener samarbeidet med sykehuset har blitt bedre, men at det fortsatt finnes utfordringer. Avtalen har gjort det formelle samarbeidet mer strukturert, men til tross for felles samarbeidsrutiner kan det oppstå problemer i det daglige samarbeidet.

Både sykehuset, fagsjefen og tilsynslegen mener kommunen melder avvik i større grad enn sykehuset. Fagsjefen mener kommunen og sykehuset har en god dialog med tanke på læringseffekt av avviksmeldingene, og at sykehuset i hovedsak gir tilbakemelding på avviksmeldingene. Dette mener fagsjefen bidrar til å øke kvaliteten på både tjenestetilbudet og samarbeidet mellom partene.

Ifølge fagsjefen mangler ofte epikrisen når en pasient blir utskrevet fra sykehuset. Det underbygges av tilsynslegen, som sier at det skrives ut pasienter fra sykehuset med endringer i medisinalisten uten at kommunen får beskjed om hvilke endringer som har skjedd.

Sykehuset og ledere og ansatte opplyser at det er en utfordring at sykehuset er så spesialisert. Dette kan medføre at eldre pasienter bare behandles for enkelt diagnoser. Sykehuset peker på at eldre ofte har et sammensatt sykdomsbilde, og at mangel på geriatriisk kompetanse kan forsterke faren for at eldre pasienter ikke får en helhetlig vurdering, men bare behandles for enkelt diagnoser.

Pasienter som skrives ut fra sykehuset, har ofte store pleiebehov. Ledere og ansatte mener det fører til at kommunen i enkelte tilfeller har kompetansemessige utfordringer. Det er ifølge ledere og ansatte etablert en hospiteringsordning mellom kommunen og sykehuset. Målsettingen er å redusere antallet sykehusinnleggelser, og bidra til at en større del av behandlingen skjer i sykehjemmene.

Fagsjefen opplyser at kommunen også har gjennomført et prosjekt i samarbeid med sykehuset hvor sykehjemspasienter og unødige innleggelser ble kartlagt. Resultatene viste at kommunen

hadde færre unødige innleggelser enn først antatt. Tilsynslegen fremhever likevel at pleie- og omsorgstjenesten i større grad burde kunne behandle tjenestemottakerne intravenøst, noe som også ville redusert antallet unødvendige sykehusinnleggelser.

Kommune E

Kommune E er en stor kommune. Pleie- og omsorgstjenesten er organisert i fire distrikter rundt ett sentralt forvaltningskontor. Tildeling av tjenester skjer på bakgrunn av en skriftlig søknad. Når en søknad er mottatt, gjennomføres et hjemmebesøk hvor mottakernes tjenestebehov kartlegges.

Kommunen har fem institusjoner. Sykehjemmene tilbyr langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i form av avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold. I tillegg har kommunen 20 helse- og velferdssentre hvor det tilbys sykehjemstjenester og omsorgsboliger. Kommunen tilbyr også tidsbegrensede opphold i form av avlastning på sykehjem.

Hjemmetjenesten tilbyr praktisk bistand og hjemmesykepleie. I tillegg tilbyr kommunen trygghetsalarm, støttekontakt, omsorgslønn, dagsenter og seniorsenter. Kommunen har tolv kommunale dagsentre i tillegg til tre dagsentre ved private sykehjem.

Ifølge Statistisk sentralbyrå mottok 30 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, hjemmetjenester i 2007, mens 16 prosent fikk institusjonstjenester. 54 prosent i samme aldersgruppe mottok ikke tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Kommunen har et mål om å tilrettelegge slik at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig. Ifølge kommunallederen er hjemmetjenesten så godt utbygd at flere tjenestemottakere som tidligere ville blitt innlagt på sykehjem, nå tas hånd om i eget hjem. Kommunallederen peker likevel på at det finnes hjemmeboende med et bistandsbehov som tilsvarer sykehjemsnivå.

Ledere og ansatte mener bruken av pleieplaner på sykehjem gjør det lettere å følge opp tjenestemottakere på sykehjem enn i hjemmetjenesten. Mangel på slike planer i hjemmetjenesten gjør

det vanskelig å sikre samme kontinuitet i tjenestetilbudet. Videre peker ledere og ansatte på at mange vikarer og mange ulike pleiere på hvert skift gjør det vanskelig å sikre kontinuitet i tjenestetilbudet til hjemmeboende.

Ledere og ansatte opplever at hjemmetjenesten i stor grad er basert på tid, noe de mener gjør at hjemmetjenesten kun får tid til pleieoppgaver og sjelden har tid til å snakke med tjenestemottakerne. Det gjør det også vanskelig for pleiepersonellet å gjennomføre gode observasjoner av tjenestemottakernes status.

Ledere og ansatte mener det er nødvendig at pårørende blir en mer aktiv part i pleien og omsorgen av tjenestemottakerne i kommunen.

Institusjonstjenester

Ledere og ansatte mener kommunens institusjonsplasser brukes feil. De opplyser at flere tjenestemottakere med vedtak om langtidsopphold opptar plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, mens de venter. Denne bruken av tidsbegrensede plasser skaper propper i systemet og begrenser tilgjengeligheten til sykehjemsplassene generelt. Det kan igjen føre til at kommunen ikke alltid er i stand til å gi alle tjenestemottakerne den tjenesten de har behov for. Ifølge ledere og ansatte må enkelte vente på å få tildelt et institusjonsopphold.

Kommunen har ikke tilstrekkelig antall plasser for demente, ifølge tilsynslegen. I tillegg bor det demente i store sykehjemsavdelinger sammen med ikke-demente, noe tilsynslegen mener er lite hensiktsmessig. Tilsynslegen ønsker mindre avdelinger tilpasset demente, ettersom demente tjenestemottakere ikke klarer å nyttiggjøre seg av tilbudet på store sykehjemsavdelinger, og store avdelinger kan medføre en forverring av tjenestemottakernes tilstand. Kommunallederen opplyser at flere av sykehjemmene har etablert sansehager for demente tjenestemottakere.

Kommunen har ifølge ledere og ansatte en egen etasje i et omsorgsboligkompleks som bare er for demente.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Kommunallederen understreker at dagtilbud er et viktig tiltak for å lette presset på mer omfattende pleie- og omsorgstjenester, og opplyser at kommunen har en rekke aktiviteter for eldre, alt fra trimtilbud til kulturelle begivenheter.

Ledere og ansatte opplyser at det i den senere tid har vært rettet mer oppmerksomhet mot aktivitet og innhold i hverdag, og at kommunen nå har ansatt noen aktivitører for å tilrettelegge for økt aktivitetstilbud i hverdagen.

Ifølge ledere og ansatte er fysioterapeutene og ergoterapeutene organisert i en egen enhet utenfor pleie- og omsorgstjenesten, noe som gjør samhandlingen vanskeligere enn tidligere, da fysioterapeuter og ergoterapeuter var ansatt ved sykehjemmene. Ledere og ansatte mener mangelen på fysioterapi- og ergoterapitjenester kan medføre at oppmerksomheten rundt det forebyggende arbeidet blir mindre. Tilsynslegen opplyser at fysioterapeutene gjerne utformer behandlingsopplegg for tjenestemottakerne som pleiepersonellet utfører.

Videre peker ledere og ansatte på at det i noen tilfeller kan være ventetid på opptrening og rehabiliterende tjenester, noe som kan medføre at noen tjenestemottakere mister opptreningspotensialet før tjenesten tildeles.

Dagtilbud

Ledere og ansatte mener at dagtilbud er et viktig forebyggende tiltak, men at ikke alle tjenestemottakere med behov får tilbud. Det pekes på at flere burde hatt dagtilbud, men at kommunen ikke har kapasitet til å tilby dette. Ettersom dagtilbud ikke er en lovpålagt tjeneste, settes tjenestemottakere på venteliste. Ledere og ansatte peker også på at muligheten for å motta dagtilbud varierer etter hvor tjenestemottakeren bor i kommunen. De mener derfor at kommunen har behov for å øke dagtilbudet.

Ledere og ansatte er av den oppfatning at dagtilbudet ikke er godt nok tilpasset tjenestemottakernes behov, men fremhever at kommunen prøver å samle demente på samme dagsenter. De peker videre på at det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å motivere tjenestemottakere til å komme på dagsenteret.

Ernæring

Ledere og ansatte sier det er vanskeligere å følge opp ernæringsstatus i hjemmetjenesten enn i institusjon. Tilsynslegen mener den ernæringsmessige situasjonen på sykehjem er ganske bra, men at det er en del demente som kan være vanskelig å følge opp. Tilsynslegen fremhever likevel at de ansatte er flinke til å følge opp med ekstra måltider for disse.

Ledere og ansatte hevder sosialt samvær som en viktig faktor for økt matinntak. Flere peker på at hjemmetjenesten bare er innom tjenestemottakerne kort tid, og at tjenestemottakerne muligens ville ha spist mer om hjemmetjenesten hadde mulighet til å holde dem med selskap.

Ledere og ansatte opplyser at kommunen er oppmerksom på tjenestemottakernes ernæringsstatus, og at man forsøker å sette inn ekstra ernæringstiltak ved behov.

Oppfølging av det medisinske tilbudet

Ledere og ansatte peker på at det er mange involverte i medisineringen av den enkelte tjenestemottaker, og at det kan forekomme tilfeller hvor medisinslisten til fastlegen og hjemmetjenesten ikke samsvarer. Derfor mener ledere og ansatte at det ville vært en fordel hvis alle som var involvert i behandlingen av den eldre, hadde et felles datasystem hvor endringer ble løpende oppdatert.

Tilsynslegen fremhever også at mange sykehjemsbeboere bruker mange medikamenter, noe som krever tett oppfølging og god kommunikasjon mellom det medisinske personellet.

Kommunallederen og ledere og ansatte opplyser at det i enkelte tilfeller forekommer at medisin deles ut av uautorisert personell.

Legetjenester

Ledere og ansatte sier at samarbeidet med fastlegen er varierende. Enkelte leger er lette å få tak i og samarbeide med, ikke andre. Ledere og ansatte peker videre på at fastlegen i liten grad gjennomfører hjemmebesøk. Det kan gjøre det vanskelig for eldre tjenestemottakere som ikke klarer å komme seg til legekontoret på egen hånd, å få legetilsyn.

Både tilsynslegen og sykehuset peker på at sykehjemsbeboere i mange tilfeller har svært komplekse medisinske behov, og at legedekningen på sykehjem derfor bør styrkes. Videre peker tilsynslegen på behovet for større stillingsandeler, ettersom den avsatte tiden er for knapp til å kunne gjøre en grundig jobb.

Ledere og ansatte peker på at det hadde vært en fordel om tilsynslegen hadde vært til stede for i større grad å ta stilling til sykehussinnleggelser av sykehjemsbeboerne. Når ikke tilsynslegen er til stede, tilkalles legevakt, og ettersom legevakslegen ikke kjenner tjenestemottakerne, forekom-

mer det unødvendige innleggelser. Ledere og ansatte og tilsynslegen peker på at økt tilstedeværelse av tilsynslegen kunne ført til færre unødvendige innleggelser.

Kommuneoverlegen opplyser at kommunen har organisert en daglegevakt for å ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp på dagtid. Daglegevakten drar hjem til pasienter som ikke klarer å komme seg til sin fastlege.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har utarbeidet en egen handlingsplan for eldreomsorgen. Handlingsplanen inneholder en rekke delmål og strategier, men det er ikke nedfelt tiltak. Gjennomgang av handlingsplanen viser at kommunen skal øke andelen korttidsplasser, redusere sykefraværet på sykehjemmene og styrke hjemmetjenesten.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Kommunen har etablert et internkontrollsystem. Det er også foretatt en kartlegging av kjennskapen til systemet. Den viser at de fleste enhetene har et oppdatert internkontrollsystem, og at det er relativt godt kjent blant de ansatte.

Kommunen har etablert et avvikssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Kommunallederen og ledere og ansatte mener det meldes en del avvik. Ledere og ansatte fremhever likevel at det kan være vanskelig å definere hva et avvik er. Videre peker de på at det å rapportere avvik i flere tilfeller oppfattes som lite kollegialt. Det arbeides derfor med å bedre kulturen for avviksrapportering i pleie- og omsorgstjenesten.

Kommunallederen og ledere og ansatte opplyser at en stor del av avvikene omhandler medikamenthåndtering, og at ansatte er flinkere til å melde systemavvik enn brukerretnede avvik. Lederne går igjennom innmeldte avvik hver uke, og avvik som ikke blir løst på enhetsnivå, behandles av kommunallederen.

Ledere og ansatte forteller at det har vært gjennomført risikovurderinger på systemnivå i pleie- og omsorgssektoren, men at risikovurderingene ikke har vært rettet mot tilbudet til tjenestemottakerne.

Bemanning og kompetanse

Kommunallederen og ledere og ansatte mener en av kommunens største utfordringer er rekruttering. Ledere og ansatte sier det er særlig

vanskelig å rekruttere fagpersonell som sykepleiere, spesielt til hjemmetjenesten.

Dokumentgjennomgangen viser at kommunen har en rekrutterings- og kompetanseplan hvor det er utarbeidet planer for rekruttering av nye medarbeidere og planer for kompetanseheving av eksisterende personell.

Ledere og ansatte peker på at bemanningen i pleie- og omsorgstjenesten er lav. Det gjelder særlig helger og netter, og hvor sykehjemmene ved enkelte tilfeller ikke klarer å dekke bemanningsbehovet. Det innebærer at tjenestetilbudet ikke alltid er godt nok.

I følge kommunallederen og ledere og ansatte har pleie- og omsorgstjenesten mange ansatte i små stillingsbrøker, men fremhever at kommunen har igangsatt et prosjekt for å få bukt med uønskede deltidsstillinger. Utbredt bruk av små stillingsbrøker mener ledere og ansatte fører til stor personellgjennomtrekk.

Ledere og ansatte forteller også at kommunen benytter en del personell uten relevant fagutdanning, og da særlig i helger, ferier og ved sykefravær. Ifølge ledere og ansatte er sykefraværet i pleie- og omsorgstjenesten relativt høyt.

Kommunen har et mål om at det bare skal være fagpersoner som arbeider i hjemmetjenesten. Ledere og ansatte peker på at det gjennomføres internundervisning og opplæring av ansatte, men at sykehjemmene har vært noe mer opptatt av dette enn hjemmetjenesten. De peker videre på at sykehjemmene arbeider mer bevisst med å øke kompetansen, særlig gjennom å ansette flere sykepleiere.

Ledere og ansatte fremhever videre at det kan være mer utfordrende å følge opp personell uten relevant fagutdanning i hjemmetjenesten enn på et sykehjem, ettersom personellet i hjemmetjenesten som regel arbeider alene.

Tidspresset i pleie- og omsorgstjenesten fører ifølge ledere og ansatte til at dokumentasjon av tjenesteytingen i noen tilfeller nedprioriteres til fordel for den daglige pleien av tjenestemottakerne.

Kommunen har et undervisningssykehjem som tilføres ekstra midler for å øke kompetansen. Kompetansen skal spres til de øvrige sykehjemmene i kommunen, men det opplyses at

undervisningssykehjemmet i liten grad har klart å spre erfaringer til resten av pleie- og omsorgstjenesten.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom kommunen og sykehuset. Ledere og ansatte mener samarbeidsklimaet er relativt godt. Sykehuset mener det formelle samarbeidet er på plass, men at partene fremdeles har en vei å gå før samarbeidsrutinene er fullstendig implementert hos partene og blir en del av det daglige arbeidet.

Sykehuset mener kommunen har gjort gode grep for å bedre samarbeidet, men peker samtidig på fremtidige utfordringer, som forbedring av pasientforløpene, kommunikasjon om enkeltpasienter og bedre ivaretagelse av spesielle grupper av pasienter. Ledere og ansatte peker også på at det til tross for samarbeidsavtalen er vanskelig å avgjøre hvor i systemet syke eldre får best pleie, og hva kommunen skal behandle.

Det er ifølge ledere og ansatte opprettet et avvikssystem som benyttes ved uenigheter mellom sykehuset og kommunen. Sykehuset erkjenner at kommunen er flinkere enn sykehuset til å skrive avvik, men opplyser at sykehuset er i ferd med å forbedre seg når det gjelder avviksmelding mot kommunen.

Sykehuset peker på at de i forbindelse med innleggelser i enkelte tilfeller bruker noe tid på å innhente informasjon om tjenestemottakere, ettersom informasjonen ikke alltid følger med pasientene.

Sykehuset og tilsynslegen opplyser at det kan oppstå situasjoner hvor kommunen og sykehuset er uenige om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar. For å bedre dialogen er det opprettet et utvalg hvor kommunen og sykehuset diskuterer utskrivning av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Sykehuset opplyser videre at kommunen i enkelte tilfeller har utfordringer med å ta imot pasienter med behov for økt innsats fra pleie- og omsorgstjenesten.

I enkelte tilfeller opplever sykehuset at pasienter innlegges for å få intravenøs behandling, noe de anser som en unødvendig innleggelse. Sykehuset peker videre på at mangel på geriatriisk kompetanse i noen grad medfører at sykehuset bare behandler pasientene for enkelt diagnoser. Det kan medføre at pasientene sendes tilbake til kommunen med uavklarte medisinske problemstillinger.

Kommune F

Kommune F er en stor kommune. Den er geografisk inndelt i fire omsorgsenheter som tilbyr pleie- og omsorgstjenester. Kommunen har ikke etablert et sentralt forvaltningskontor. Egne inn-taksteam i distriktene står for tildelingen av syke-hjemsplass. Tildeling av de øvrige pleie- og omsorgstjenestene skjer på bakgrunn av en skriftlig søknad til hver av de fire omsorgsenhetene. Søknaden følges opp av et kartleggingsbesøk hvor mottakernes tjenestebehov vurderes.

Kommunen har fem sykehjem og syv omsorgsboliger. Sykehjemmene tilbyr langtidsopphold og tidsbegrenset opphold i form av avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold. Alle sykehjemmene har tilbud om dagsenter.

Hjemmetjenesten tilbyr praktisk bistand og hjemmesykepleie. I tillegg tilbyr kommunen trygghetsalarm, støttekontakt, omsorgslønn, dagsenter og seniorsenter.

Ifølge Statistisk sentralbyrå mottok 37 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, hjemmetjenester i 2007, mens 15 prosent fikk institusjonstjenester. 48 prosent i samme aldersgruppe mottok ikke tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Ifølge kommunallederen er det mange eldre som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, og kommunen forsøker så langt det lar seg gjøre å tilrettelegge for det.

Både kommunallederen og ledere og ansatte opplyser at det ved mangel på ledige institusjonsplasser, bygges opp et omfattende tjenestetilbud i hjemmet. Ledere og ansatte mener tilbudet som bygges opp i hjemmet, er tilstrekkelig, men innrømmer at pårørende ikke alltid er enige. Tilsynslegens inntrykk er at hjemmetjenesten fungerer rimelig greit. Likevel mener tilsynslegen det finnes eldre hjemmeboende som burde vært på sykehjem, og at tjenestemottakere som må bo hjemme grunnet plassmangel, ikke får et tilstrekkelig tilbud.

Kommunallederen peker på at kommunen har enkelte tjenestemottakere som er plassert på feil omsorgsnivå, og at det finnes sykehjemsbeboere som ville fått det bedre med et tilrettelagt tilbud i

eget hjem. Ledere og ansatte peker også på at det finnes tjenestemottakere med et bistanndsbehov som tilsier institusjonsplass, men som selv ønsker og velger å bo hjemme.

Ledere og ansatte fremhever at pårørende er en viktig ressurs, og mener et godt dagtilbud til hjemmeboende er viktig for å avlaste pårørende og sikre at de ikke slites ut.

Institusjonstjenester

Tilsynslegen mener kommunen mangler institusjonsplasser, og kommunallederen og ledere og ansatte opplyser at kommunen har ventelister på institusjonsplasser.

Ifølge ledere og ansatte benyttes plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, av tjenestemottakere med vedtak på langtidsplass da det ikke er tilgjengelige plasser på langtidsavdelingene. Ledere og ansatte mener dette skaper opphopninger og lite fleksibilitet i systemet.

Kommunallederen og ledere og ansatte forteller at kommunen har tilrettelagt for skjerming av demente ved et av sykehjemmene. Her plasseres demente i små enheter i stedet for i tradisjonelle store sykehjemsavdelinger.

Tilsynslegen etterlyser et lavterskeltilbud hvor pasienter kan få behandling for enkle lidelser. På den måten kan man unngå å sende tjenestemottakerne til et høyspesialisert sykehus.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Ledere og ansatte mener personellet både på sykehjemmene og i hjemmetjenesten er opptatt av det forebyggende og rehabiliterende arbeidet, men at de ikke alltid klarer å følge opp arbeidet i det daglige. Tilsynslegen og kommunallederen mener det ikke er satt av tilstrekkelig tid til trening, aktivitet og fysioterapi på sykehjem, og at pleiepersonellet vier pleie størst oppmerksomhet.

Kommunallederen, tilsynslegen og ledere og ansatte mener det er lite fysioterapiressurser på sykehjemmene, men at det er stort behov for tilleggskompetansen fysioterapeutene og ergoterapeutene kan tilføre. Tidligere var fysioterapeutene tilsatt ved sykehjemmene, noe som ifølge ledere og ansatte gjorde kompetansen lettere tilgjengelig. I dag er fysioterapeutene og ergoterapeutene organisert i en egen enhet.

Kommunen har en egen avdeling for døgnrehabilitering. Ved denne avdelingen er det ifølge ledere og ansatte bare kapasitet til å ta imot en brøkdell av tjenestemottakerne med behov. Samtidig mener de det er behov for langt mer oppfølging i tjenestemottakernes hjem.

Dagtilbud

Ledere og ansatte mener mange tjenestemottakere har behov for dagtilbud, men at de ikke gis dette. Videre peker de på at det finnes tjenestemottakere som har behov for et dagtilbud av større omfang enn de nå mottar. De opplyser også at kommunen har ventelister på dagtilbud. Kommunallederen opplyser at tilgjengeligheten på dagtilbud varierer mellom kommunens distrikter, og at kommunen frem til i dag ikke har hatt en ensartet satsing på dagtilbud. Kommunalleder tror likevel ikke det er så mye venteliste på dagtilbud.

Ledere og ansatte mener videre det er vanskelig å tilrettelegge dagtilbudet til tjenestemottakernes ulike behov. Kommunen prøver å tilpasse dagtilbudet til demente tjenestemottakere, og har etablert et eget dagtilbud for denne gruppen. Ledere og ansatte peker imidlertid på at det finnes mange demente med behov for dagtilbud av større omfang.

Ledere og ansatte fremhever betydningen av å tildele dagtilbud tidsnok for at tjenestemottakerne skal ha mulighet til å nyttiggjøre seg tilbudet fullt ut. Men de erkjenner at kommunen har problemer med å tildele dagtilbud i tide. De peker videre på at dagtilbud kan bidra til at tjenestemottakere kan bli boende hjemme lengre, noe som reduserer presset på kommunens institusjonsplasser.

Oppfølging av det medisinske tilbudet

Tilsynslegen mener det er spesielt vanskelig å følge opp hjemmeboende med hensyn til medisnbruk, ettersom hjemmeboende har kontakt med legevakt og fastlege uten at pleie- og omsorgstjenesten blir informert. Ifølge tilsynslegen er det problematisk at tjenestemottakernes medikamentlister ikke er oppdatert.

Legetjenester

Tilsynslegen mener at fastlegene i kommunen har et godt samarbeid med hjemmetjenesten, mens kommunallederen har inntrykk av at det er liten kontakt mellom fastlegene og tilsynslegene når tjenestemottakerne er innlagt i institusjon. Ledere og ansatte sier at oppfølgingen fra fastlegen er veldig personavhengig. Videre peker de på at

fastlegen i liten grad gjennomfører hjemmebesøk, og at mer hjemmebesøk ville bidratt til en bedre medisinsk oppfølging.

Tilsynslegen og ledere og ansatte mener legedekningen ved sykehjemmene er lav. Kommunallederen understreker dette og fremhever at legetjenesten på sykehjemmene ikke er tilfredsstillende for å sikre god nok kvalitet på det medisinske tilbudet.

Tilsynslegen mener det er satt av for lite tid til å følge opp det viktigste rundt pasientene, og at det bare er tid til å gå igjennom medisnlistene én gang i året. Tilsynslegen mener det er viktig med kontinuerlig oppfølging fra samme lege, og pleierne kan derfor ringe tilsynslegen når vedkommende ikke er til stede. Tilsynslegen peker videre på at det er viktig at tilsynslegen tar avgjørelsene om sykehusinnleggelser, i stedet for at beslutningene tas av legevaktsleger som ikke kjenner pasienten.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har en egen handlingsplan for eldreomsorgen. Gjennomgang viser at planen inneholder mål for tjenesten og fastsatte tiltak. Handlingsplanen viser at kommunen fremover vektlegger en satsing på plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, dagtilbud og styrking av hjemmebaserte tjenester.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Kommunallederen opplyser at de ulike enhetene i kommunen har et internkontrollsystem, og at det nettopp er satt i gang et arbeid med å etablere et overordnet system for hele kommunen. Kommunallederen opplyser videre at ansatte ikke er gitt opplæring i internkontroll- og kvalitetssystemet.

Kommunen har etablert et avvikssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Ledere og ansatte mener systemet fungerer, og rutiner for hvordan avvik skal håndteres, er kjent og følges. De fremhever likevel at det er en underrapportering, og at det finnes et forbedringspotensial når det gjelder å rapportere avvik. De peker også på at kulturen for å melde avvik varierer mellom virksomhetene.

Bemanning og kompetanse

Kommunallederen og ledere og ansatte peker på at kommunen har utfordringer knyttet til rekruttering. Ifølge ledere og ansatte kan det være vanskelig å rekruttere personell til å utføre praktisk

bistand i hjemmet. En del ansatte i hjemme-tjenesten har tatt videre- eller etterutdanning, noe som har medført at de søker seg bort fra hjemme-tjenesten hvor praktisk bistand utgjør hovedtyngden av arbeidet.

Dokumentgjennomgangen og intervjuene viser at kommunen ikke har utarbeidet en helhetlig rekrutterings- og opplæringsplan, men at det enkelte sykehjem har utarbeidet en egen opplæringsplan.

Ledere og ansatte opplyser at kommunen benytter en god del personell uten relevant fagutdanning, men at disse sjelden er ansatt i faste stillinger. Ansatte uten relevant fagutdanning benyttes i hovedsak som vikarer ved sykefravær og i ferier.

Kommunallederen mener at sykehjemmene ikke alltid er bemannet i tråd med tjenestemottakernes bistandsbehov. Ledere og ansatte underbygger dette ved å understreke at sykehjemmene har behov for mer sykepleiekompetanse for å kunne ivareta kvaliteten. I tillegg understreker de at det er behov for annen kompetanse enn den rent pleiefaglige.

Ifølge ledere og ansatte er det mange ansatte i små stillingsbrøker i pleie- og omsorgstjenesten, men de fremhever at kommunen har startet et prosjekt for å redusere antall ansatte med deltidsstillinger. Ledere og ansatte mener små stillingsbrøker skaper utfordringer når det gjelder å sikre at alle ansatte har tilstrekkelig informasjon om tjenestemottakerne. Dette er særlig vanskelig overfor ansatte i små stillinger som bare arbeider i helgene.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Kommunen har utarbeidet en samarbeidsavtale med sykehuset. I samarbeidsavtalen er det utarbeidet retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling ved inn- og utskrivning. Ifølge ledere og ansatte er rutinene i samarbeidsavtalen gode, men det er ikke alltid de følges i det daglige samarbeidet. Sykehuset opplyser at samarbeidsavtalen per i dag ikke er godt nok kjent i sykehuset, men at det arbeides med å fortolke avtalen for å avdekke forbedringsområder.

Avtalen inneholder rutiner for melding av avvik, men ledere og ansatte forteller at de i liten grad sender avvik til sykehuset, og at sykehuset i liten grad etterlyser tilbakemeldinger på samarbeidet.

Både ledere og ansatte og sykehuset mener informasjonsutvekslingen rundt utskrivning av pasienter som skal tilbake til kommunen, er mangelfull. Sykehuset peker også på at de bør bli flinkere til å ta kontakt med kommunen tidlig for å planlegge tilbud etter utskrivelsen.

Kommunallederen mener at sykehuset i for stor grad vurderer hvilke behov utskrivningsklare pasienter har for kommunale tjenester, noe kommunallederen mener er kommunens oppgave. Sykehuset på sin side peker på at kommunen ikke alltid har mulighet til å ta imot utskrivningsklare pasienter, og at noen pasienter derfor blir liggende og vente på et kommunalt tjenestetilbud.

Ifølge tilsynslegen kan det i enkelte tilfeller ta noe tid før epikrisen foreligger, men sykehuset sender stort sett raskt en foreløpig epikrise for pasienter som er tilknyttet et av kommunens sykehjem. Når det gjelder hjemmeboende, fungerer det ikke like bra, noe som gjør det vanskeligere å følge opp hjemmeboende tjenestemottakere.

Sykehuset mener spesialiseringen av sykehusavdelingene fører til at pasientene i for stor grad behandles for enkeltdiagnoser, og at helhetsspektivet forsvinner. Det kan medføre at pasienter har medisinske problemstillinger som ikke oppdages og tas tak i. Sykehuset understreker derfor hvor viktig det er å ha geriatriisk kompetanse.

Både tilsynslegen og sykehuset mener det hender at eldre tjenestemottakere innlegges på grunn av underernæring eller dehydrering.

Kommune G

Kommune G er en mellomstor kommune. Pleie- og omsorgstjenesten er delt inn i fire omsorgsentre som hvert har ansvar for driften av sykehjem, aldershjem, hjemmetjeneste og omsorgsbolig. Kommunen har et sentralt bestillerkontor hvor alle vedtak fattes. Tildeling av kommunale pleie- og omsorgstjenester skjer på bakgrunn av en skriftlig søknad til bestillerkontoret, som vurderer når og hvilket omfang tjenestetilbudet skal ha.

Hjemmetjenesten tilbyr praktisk bistand og hjemmesykepleie. I tillegg tilbyr kommunen trygghetssalarm, støttekontakt, omsorgslønn, dagsenter og seniorsenter.

Ifølge Statistisk sentralbyrå mottok 31 prosent av kommunens innbyggere i aldersgruppen 80 år og eldre, hjemmetjenester i 2007, mens 16 prosent fikk institusjonstjenester. 53 prosent i samme aldersgruppe mottok ikke tjenester fra kommunen.

Innholdet i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Hjemmetjenester

Rådmannen, kommunallederen og tilsynslegen sier det finnes eldre tjenestemottakere i kommunen som ikke får tjenester på rett omsorgsnivå. De peker blant annet på at det bor tjenestemottakere på aldershjem som har behov for sykehjemsplass.

Ifølge rådmannen finnes det eldre i kommunen som ønsker å bli boende hjemme, og det er viktig å tilrettelegge for dette i størst mulig grad. Likevel innrømmer rådmannen at kommunen ikke alltid får det til. Også ledere og ansatte peker på at det finnes hjemmeboende som velger å bo hjemme til tross for tilbud om institusjonsplass.

Tilsynslegen mener det finnes en gruppe eldre som har behov for mye tilsyn, men lettere pleie, i tillegg til at de har behov for sosialt samvær. Denne gruppen får ifølge tilsynslegen ikke et tilstrekkelig tilbud. Både tilsynslegen og sykehuset etterlyser et mellomledd mellom tjenestemottakers eget hjem og sykehjemmene. Et slikt mellomledd kunne gitt et tilbud til eldre som ikke fungerer optimalt hjemme, men som ikke har behov for et så omfattende tilbud som sykehjemmene gir.

Tilsynslegen mener også arbeidsbelastningen i hjemmetjenesten er for stor, og at det brukes for liten tid hjemme hos tjenestemottakerne. Det mener tilsynslegen fører til at hjemmetjenesten ikke i tilstrekkelig grad klarer å gi tjenestemottakerne et tilbud som bidrar til økt livskvalitet.

Ledere og ansatte fremhever at flere hjemmeboende ikke liker at de må forholde seg til mange ansatte. For å redusere antall pleiere som er innom hver enkelt, opplyser helse- og omsorgsfaglig rådgiver at kommunen arbeider for å øke stillingsandeler blant de ansatte.

Rådmannen, helse- og omsorgsfaglig rådgiver, tilsynslegen og ledere og ansatte peker alle på at pårørende er en viktig ressurs for at eldre kan bli boende hjemme, og at det er viktig at kommunen tilrettelegger slik at pårørende klarer oppgaven.

Tilsynslegen mener kommunen ikke alltid klarer å tilrettelegge tjenestetilbudet ordentlig, og at mange pårørende derfor slites ut.

Institusjonstjenester

Ifølge tilsynslegen og helse- og omsorgsfaglig rådgiver er sykehjemsdekningen i kommunen for dårlig. Tilsynslegen sier videre at kommunen ikke har planlagt godt nok med tanke på en fremtidig økning i den eldre befolkningen. Også rådmannen fremhever at presset på kommunens sykehjemsplasser er høyt.

Ledere og ansatte mener kommunens offisielle tall på institusjonsplasser er noe misvisende siden aldershjemsplassene inkluderes. Aldershjemsplassene er ikke bemannet på samme måte som institusjonsplassene, og stiller derfor større krav til tjenestemottakernes egen mestring.

Helse- og omsorgsfaglig rådgiver, tilsynslegen og ledere og ansatte peker alle på at kommunens institusjonsplasser benyttes feil ut fra formålet. Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, benyttes til tjenestemottakere med vedtak på langtidsplass i institusjon. De mener det begrenser sirkulasjonen og gjør det vanskelig å planlegge bruken av de ulike sykehjemsplassene. Ledere og ansatte opplyser videre at det i perioder har vært overbelegg på sykehjemmene, og ensengsrom er benyttet som tomannsrom.

Ifølge kommunallederen og ledere og ansatte prioriteres pasienter som skrives ut fra sykehuset, i fordelingen av institusjonsplasser. De mener at det kan oppstå tilfeller hvor hjemmeboende ikke får plass i institusjon fordi utskrevne pasienter fra sykehuset prioriteres.

Ifølge tilsynslegen mangler kommunen et akutt omsorgstilbud som gjør det mulig å legge eldre hjemmeboende inn til observasjon og vurdering på sykehjemmene. Tilsynslegen mener et slikt tilbud kunne forhindre enkelte sykehusinnleggelser.

Opprettholdelse av tjenestemottakernes funksjonsnivå

Ledere og ansatte mener pleie- og omsorgstjenesten forsøker å gi tjenester på lavest effektive omsorgsnivå. De mener også hjemmetjenesten er opptatt av å opprettholde tjenestemottakernes funksjonsevne, og fremhever at tjenestetilbudet kontinuerlig evalueres ut fra tjenestemottakernes funksjonsnivå. Ledere og ansatte opplyser at de ønsker å gi tjenestemottakerne et meningsfullt

innhold i hverdagen gjennom aktivitet, og ikke bare være opptatt av pleie og mat. De erkjenner likevel at de ikke alltid lykkes med dette.

Ledere og ansatte opplyser at fysioterapitilbudet til eldre tjenestemottakere er begrenset. Langtidsbeboere i institusjon får i liten grad tilbud om fysioterapi, men fysioterapeutene driver opplæring slik at ansatte kan utføre enkle fysioterapioppgaver. Fysioterapiressursene som er tilgjengelige, går hovedsakelig til tjenestemottakere med tidsbegrenset opphold.

Dagtilbud

Rådmannen mener dagtilbud er et godt forebyggende tiltak som kommunen må styrke. Både rådmannen og ledere og ansatte fremhever likevel at kommunens dagtilbud er for lite. Tilsynslegen og ledere og ansatte opplyser at det er ventelister på dagtilbud.

Ledere og ansatte peker på at flere tjenestemottakere burde hatt et mer omfattende dagtilbud, og at det ikke er tilstrekkelig bare å gi hjemmeboende dagtilbud én gang i uken. Tilsynslegen mener et utbygget dagtilbud ville gitt hjemmetjenestemottakere et mer kvalitetsmessig innhold i tjenesten, i og med at hjemmetjenesten i liten grad har tid til dette i det daglige.

Ledere og ansatte og helse- og omsorgsfaglig rådgiver peker videre på at dagtilbudet som gis, ikke alltid er innholdsmessig godt nok, og at tilbudet som gis, i større grad burde vært tilpasset tjenestemottakernes ulike behov. Ifølge ledere og ansatte har kommunen opprettet et eget dagtilbud til demente tjenestemottakere.

Gode hjemmebaserte tjenester kombinert med et godt utbygd dagtilbud kan ifølge helse- og omsorgsfaglig rådgiver og tilsynslegen bidra til å avhjelpe trykket på kommunens institusjonsplasser.

Ernæring

Ledere og ansatte mener de har et bevisst forhold til ernæring, og peker på at det er spesielt viktig å følge opp om hjemmeboende spiser, ikke bare ta seg tid til å tilberede maten. Det er derfor viktig med god dokumentasjon og god informasjonsoverføring omkring tjenestemottakernes ernæringsstatus.

Ifølge ledere og ansatte kommer det tilbakemeldinger fra sykehuset om at det legges inn eldre dehydrerte tjenestemottakere. Ledere og ansatte

opplyser at de forsøker å sette inn ernæringsmessige tiltak når de ser at tjenestemottakere har behov for det.

Oppfølging av det medisinske tilbudet

Tilsynslegen sier at det er mange ulike aktører som ordinerer medisin til eldre tjenestemottakere, noe som medfører at man ikke får et helhetlig bilde av medisinbruken. Dette medfører at medisinalistene i enkelte tilfeller ikke stemmer overens. Tilsynslegen etterlyser derfor et system som gir helhetlig oversikt over all medisin den enkelte benytter.

Legetjenester

Tilsynslegen mener at fastlegen gjennomfører få hjemmebesøk hos eldre, og at dette kan føre til at flere eldre sjelden får legetilsyn, ettersom de har vanskeligheter med å komme seg til legekontoret.

Ledere og ansatte opplyser at tilsynslegetimene har økt og at timetallet oppleves som tilstrekkelig. Også tilsynslegen mener legedekningen er tilstrekkelig, spesielt i korttidsavdelingen. Tilsynslegen peker likevel på at det er vanskelig å administrere mange tilsynsleger på samme sykehjem, og etterlyser en geriater som kan koordinere tilsynslegetilbudet.

Helse- og omsorgsfaglig rådgiver mener tilsynslegene ofte har for små stillinger. Tilsynslegen støtter synspunktet og mener tilsynslegeoppgavene spres på for mange leger, noe som er ugunstig for tilbudet som gis i sykehjemmene.

Legetilbudet til sykehjemsbeboere er ifølge tilsynslegen bedre enn for hjemmeboende. Tilsynslegen hevder at til tross for at de er lite til stede på sykehjemmet, er tilbudet mer kontinuerlig enn for syke hjemmeboende.

Sykehuset mener at legevakten gjør en del unødvendige sykehusinnleggelser ettersom legevakten ikke kjenner godt nok til tjenestemottakerne.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunen har utarbeidet en egen handlingsplan for eldreomsorgen. Det er vanskelig å identifisere klare mål i planen. En gjennomgang viser at kommunen planlegger å styrke hjemmetjenestene, øke institusjonstilbudet og dagtilbudet og tilrettelegge tilbudet til demente.

Internkontroll – avvik og risikovurdering

Ifølge rådmannen har pleie- og omsorgstjenesten et system for internkontroll, men det er en utfordring å sikre at alle ansatte får opplæring i systemet.

Helse- og omsorgsfaglig rådgiver opplyser at kommunen er i ferd med å innføre et elektronisk avviksbehandlingssystem. Ledere og ansatte opplyser at det er underrapportering av avvik, men de fremhever at lederne er flinke til å gi tilbakemelding og følge opp meldte avvik. De fremhever også hvor viktig det er at lederne vedvarende oppfordrer ansatte til å skrive avvik, og de mener at kontinuerlig oppmerksomhet er avgjørende for at det meldes avvik.

Ledere og ansatte opplyser videre at de fleste avvikene som rapporteres, er systemrettede og ikke brukerrettede. Det utdypes av kommunalderen, som meddeler at mange av avvikene er rettet mot HMS. Kommunallederen peker også på at det er store kulturforskjeller innad i pleie- og omsorgstjenesten når det gjelder melding av avvik.

Rådmannen er usikker på om det har vært gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser innen pleie- og omsorgsområdet.

Bemanning og kompetanse

Rådmannen og kommunallederen mener kommunen har store fremtidige utfordringer knyttet til rekruttering. Helse- og omsorgsfaglig rådgiver mener likevel at kommunen har god dekning når det gjelder sykepleiekompetanse.

Dokumentgjennomgang og intervjuer viser at kommunen ikke har utarbeidet en egen rekrutterings- og kompetanseplan for pleie- og omsorgstjenesten, men at flere av enhetene har definert kompetanseheving som delmål for de neste årene.

Ledere og ansatte opplyser at pleie- og omsorgstjenesten har en utbredt bruk av små stillingsbrøker, noe de mener svekker kontinuiteten i tjenestetilbudet. De fremhever likevel at mange med små stillingsbrøker fyller opp stillingen med ledige vakter. Kommunen har ifølge ledere og ansatte startet et prosjekt for å redusere den uønskede deltiden. Gjennom prosjektet kartlegges både den enkelte arbeidstakers fagkvalifikasjoner og hvor vedkommende ønsker å jobbe.

Ifølge ledere og ansatte har pleie- og omsorgstjenesten også en del personell uten relevant fag-

utdanning. Disse arbeider ofte i små helgestillinger.

Ifølge ledere og ansatte er sykefraværet i pleie- og omsorgstjenesten høyt, men at kommunen har igangsatt en kampanje for å redusere sykefraværet. Ledere og ansatte opplyser at personell uten relevant fagutdanning ofte benyttes som vikarer ved sykefravær.

Samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunen. Samarbeidsavtalen skal sikre en tydelig ansvarsplassering og en god planlegging i overgangen mellom sykehuset og kommunen. Avtalen inneholder også rutiner for inn- og utskrivning fra sykehuset og kommunen. Ifølge ledere og ansatte fungerer samarbeidsavtalen bra. Sykehuset mener imidlertid at det kan være utfordringer knyttet til å få avtalen til å fungere i praksis.

Det er også opprettet et system for avviksmelding mellom sykehuset og kommunen. Sykehuset mener det er en klar underrapportering av avvik både fra kommunen og fra sykehuset.

Både sykehuset og tilsynslegen opplyser at det er mangler i informasjonsoverføringen rundt inn- og utskrivninger. Ifølge sykehuset er inn- og utskrivninger et kritisk punkt, og det skjer mange feil her. De understreker likevel at det fra sykehusets side jobbes mye med utskrivningene allerede når pasienten kommer inn.

Tilsynslegen peker på at kommunen i enkelte tilfeller mottar pasienter fra sykehuset uten at det følger med informasjon. Manglende informasjon gjør det vanskelig for kommunen å ta ansvaret, og i enkelte tilfeller har det medført at pasienter returneres til sykehuset. Tilsynslegen peker også på tilfeller hvor sykehuset ikke sender med epikrise når en pasient skrives ut. Sykehuset meddeler at de har utfordringer når det gjelder å sende ut epikrise innen tidsfristen.

Sykehuset opplyser at det i enkelte tilfeller kan oppstå uenighet med kommunen om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar. Det er sykehuset som skal definere når en pasient er klar for å skrives ut, mener de.

Ifølge tilsynslegene har en rekke pasienter behov for omfattende behandling når de skrives ut fra sykehuset. Det fremheves av ledere og ansatte at de har et godt samarbeid med sykehuset når det

gjelder å få opplæring på områder hvor de ikke opplever å ha tilstrekkelige kunnskaper for å kunne fortsette en tilfredsstillende behandling i kommunen. Også rådmannen mener enkelte utskrivninger fra sykehuset byr på kompetansemessige utfordringer for kommunen.

Både tilsynslegen og sykehuset opplyser at det legges inn tjenestemottakere som bare har behov for intravenøs behandling. Ifølge sykehuset er det også tilfeller hvor tjenestemottakere legges inn på bakgrunn av sosial indikasjon. Slike tilfeller opplever sykehuset som krevende, i og med at pasienten ikke har medisinske problemstillinger som skal håndteres på spesialisthelsetjenestenivå.



20 662 328 7 894 823 -7 490 960 549



241 491

Trykk: Lobo Media AS

Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

