

Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren



HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 9/2003

OKTOBER
2003

Rapport fra Helsetilsynet 9/2003
Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren
Tilsynserfaringer 1998 - 2003
Oktober 2003

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon/trykk: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammen drag	4
2 Bakgrunn	5
3 Formålet	6
4 Materiale og metode	7
4.1 Definisjoner.....	7
4.1.1 Kort om tilsyn gjennomført som systemrevisjon	7
4.1.2 Kort om medisinalmeldinger	8
4.1.3 Kort om ”Verdt-å-vite”-meldinger	8
4.2 Materiale	8
4.3 Metode	8
5 Funn og erfaringer	10
5.1 Systematiserte revisjoner	10
5.2 Områder for revisjon	12
5.3 Om internkontroll.....	13
5.4 Om dekking av grunnleggende behov	16
5.5 Om dokumentasjon og journalføring.....	17
5.6 Om saksbehandling	17
5.7 Om personell, kompetanse, opplæring og kapasitet	19
5.8 Om legemiddelhåndtering	20
5.9 Om rettighetsbegrensing og bruk av tvang	20
5.10 Om legetjenester	21
5.11 Om endringer i kommunene	23
5.12 Om samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten	24
5.13 Om Handlingsplan for eldreomsorgen	24
5.14 Om erfaringer fra tilsyn med private leverandører og konkurranseutsetting.....	25
6 Oppsummering og Helsetilsynets vurderinger	27
Litteratur	30
Vedlegg 1	32

1 Sammendrag

I perioden 1998 til 1.6. 2003 er det gjennomført 435 revisjoner hvor Helsetilsynet i fylkene har rettet oppmerksomhet mot kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten. Disse omfatter hjemmesykepleie, sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie (lov om kommunehelsetjeneste § 1-3). 373 revisjonsrapporter er inkludert i materialet. I 80 % av revisjonsrapportene er det påpekt ett eller flere avvik, det vil si brudd på krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helsetilsynet i fylkene har oftest vurdert helsetjenester til eldre og aldersdemente når de har sett på kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten. De fleste revisjoner er gjennomført både i hjemmesykepleie og sykehjem eller ved ett sykehjem i kommunen, mens en liten del er gjennomført i tjenester til andre brukere, for eksempel personer med psykisk utviklingshemming og personer med psykiske lidelser.

Forståelsen for å etablere og iverksette systematiske tiltak som sikrer kommunene kontroll med egen virksomhet (internkontroll) synes å være økende i kommunene. Men tilsynserfaringene viser at de fleste undersøkte kommuner ikke har etablert og iverksatt systematiske tiltak som sikrer tilstrekkelig styring og kontroll med tjenestene. Helsetilsynet i fylkene påpeker at systematisk arbeid med avvikshåndtering er et særlig forbedringsområde. Flere påpeker dessuten ledelsens ansvar for å legge til rette for en organisasjonskultur som oppmuntrer ansatte til å melde fra om avvik og uønskede hendelser og der avvik/feil blir sett på som en mulighet for læring og forbedring.

Med noen få unntak har Helsetilsynet i fylkene rettet oppmerksomhet mot internkontroll og/eller dekking av grunnleggende behov i revisjonene de har gjennomført på eget initiativ. Brukernes grunnleggende behov er primært vurdert i lys av om virksomheten har rutiner som sikrer at brukerne får det tjenestetilbudet de har behov for og lovfestet rett til. Dekking av grunnleggende behov omfatter flere forhold og er relatert til det forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene definerer som grunnleggende behov.

Mange kommuner har utarbeidet enkelte skriftlige rutiner for å sikre at brukernes grunnleggende behov dekkes, men de mangler et mer helhetlig system for rutiner og dokumentasjon som er kjent og brukes av ansatte. Rutiner som sikrer brukernes rettigheter i saksbehandling ved tildeling og endring av tjenester, er fortsatt et område hvor Helsetilsynet i fylkene påpeker mangler overfor kommunene, selv om situasjonen er noe bedret de siste årene.

Helsetilsynet i flere fylker presiserer kommunens utfordringer knyttet til personellsituasjonen og ansvaret kommunene har for at det til enhver tid er tilstrekkelig og nødvendig kompetanse til å gi faglig forsvarlige tjenester som dekker brukernes behov. Personellsituasjonen er avgjørende for at brukerne skal få et tjenestetilbud som er faglig forsvarlig i omfang, innhold og kvalitet. Revisjonsrapportene, medisinalmeldingene og "Verdtå-vite"-meldingene gir samlet sett uttrykk for en sektor der personellsituasjonen er på "strek".

2 Bakgrunn

Kommunale pleie- og omsorgstjenester har i mange år vært omfattet med stor oppmerksomhet og interesse fra politikere, media og allmennheten. Sektoren gjennomgår store strukturelle endringer som vil prege tjenestetilbudet i mange tiår framover. Kommunene har de siste tiårene fått utvidet ansvar for pleie- og omsorgstjenester. Kravet om faglig forsvarlige tjenester som dekker brukernes behov stiller kommunene overfor store utfordringer når det gjelder kompetanse og kapasitet. Fra 1980-årene og frem til i dag er tradisjonell institusjonsomsorg bygd ned og kommunale hjemmetjenester og antall omsorgsboliger økt. *Handlingsplan for eldreomsorgen* har de siste årene stimulert kommunene til å bygge ut de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene* heter det at bemanningen i kommunale pleie- og omsorgstjenester på nasjonalt nivå er økt med over 12 000 årsverk i perioden 1998-2001. Det er en økning i antall omsorgsboliger fra ca. 5 000 i 1997 til ca. 16 000 i 2001.

I denne rapporten oppsummerer Helsetilsynet erfaringer og resultater fra en del av tilsynsvirksomheten som Helsetilsynet i fylkene har gjennomført med kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2003. Helsetilsynet i fylkene fører tilsyn med alle helsetjenester og helsepersonell i fylket, både ved bruk av revisjon, men også med annen utadrettet aktivitet mot kommuner og virksomheter som driver helsetjenester.

Foruten de landsomfattende tilsynene som ble gjennomført i 1998 med helsetjenester til eldre og i 2001 med helsetjenester til aldersdemente, har Helsetilsynet i fylkene gjennomført egeninitierte revisjoner (tilsyn). Erfaringer fra denne tilsynsaktiviteten for-

midles gjennom skriftlige rapporter (revisjonsrapporter) fra tilsynene. Helsetilsynet i fylkene har også formidlet tilsynserfaringer gjennom medisinalmeldinger og ”Verdt-å-vite”-meldinger. Rapporten er basert på disse kildene.

Fra 1.1. 2003 har Helsetilsynet også overordnet ansvar for tilsyn med sosiale tjenester etter lov om sosiale tjenester kapittel 4 og kapittel 6a. Rapporter fra tilsyn med sosiale tjenester er ikke med i denne oppsummeringen.

3 Formålet

Formålet med rapporten er å:

- Skaffe oversikt over hva Helsetilsynet i fylkene har rettet oppmerksomheten mot og funnet i revisjoner de på eget initiativ har gjennomført i pleie- og omsorgstjenestene. En slik oversikt kan vise om det er områder som skiller seg ut eller som Helsetilsynet mangler opplysninger om.
- Skaffe oversikt over og innsikt i områder innen kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten som utmerker seg som spesielt sårbare og som har et forbedringspotensial.
- Belyse legetjenester til brukere i pleie- og omsorgstjenesten.

4 Materiale og metode

4.1 Definisjoner

I dette kapittelet redegjøres for begreper som brukes i Helsetilsynets tilsynsaktivitet.

Helsetilsynet i fylkene brukes som betegnelse for tidligere Fylkesleger. Fra 1.1. 2003 ble fylkeslegekontoret integrert i fylkesmannsembetet. Tilsyn i denne forbindelse er forvaltningsmessig underlagt Helsetilsynet og fylkesnivået blir i den forbindelse kalt Helsetilsynet i fylket. Vi har valgt å bruke den nye betegnelsen, selv om store deler av materialet er hentet fra perioden før sammenslåingen med Fylkesmannen.

Tilsyn kan defineres som ”myndighetsapparatets kontroll med hvordan rettslige forpliktelser knyttet til ekstern produksjon, aktivitet eller posisjon etterleves, samt eventuelle etterfølgende reaksjoner ved avvik” (Odelstingsproposisjon nr. 105 (2001-2002)). For Helsetilsynet innebærer det å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og behov for tjenester, følge med på hvordan helsetjenesten og helsepersonell utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver tjenester i strid med helselovgivningen.

Internkontroll. I lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 heter det at ”enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helse-tjenester har etablert internkontrollsystem og fører tilsyn med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helse-tjenesten”.

Nærmere krav til innholdet i internkontrollen ble gitt i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten som trådte i kraft 1.1. 2003, ni år etter at kravet om internkontroll kom. Fra samme dato ble kommunene pålagt plikt til internkontroll med deler av sosialtjenesten etter sosialtjenesteloven. Internkontroll defineres i forskriften som ”systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen”.

4.1.1 Kort om tilsyn gjennomført som systemrevisjon

Når Helsetilsynet i fylkene gjennomfører planlagt tilsyn med helsetjenesten, gjøres det vanligvis som en systematisk undersøkelse for å fastslå om virksomhetens aktiviteter og tilhørende resultater samsvarer med krav fastsatt i lov eller forskrift (systemrevisjon). Helsetilsynet har utarbeidet en prosedyre for slike systemrevisjoner og en mal for rapport (revisjonsrapport). Disse styringsdokumentene er en del av tilsynsmyndighetens kvalitetssystem og skal brukes når Helsetilsynet i fylkene gjennomfører tilsyn ved systemrevisjon.

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

kontroll gir tilstrekkelig trygghet for at kravene blir oppfylt.

Etter hver revisjon skriver Helsetilsynet i fylket en rapport om de forhold som ikke er i samsvar med kravene (avvik) og de forhold som Helsetilsynet i fylket mener bør forbedres (merknad). Helsetilsynet i fylket følger opp inntil forholdene er i samsvar med lovgivningen.

Systemrevisjoner brukes som metode for *landsomfattende tilsyn*, hvor oppmerksomhet rettes mot nærmere bestemte områder i helsetjenester i alle fylker innenfor et tidsrom. Disse tilsynene skal gjennomføres likt i alle fylker etter en felles veileder. Dessuten bruker Helsetilsynet i fylkene denne metoden ved andre *egeninitierte revisjoner* som er planlagte tilsyn basert på kjennskap til lokal kommune- og spesialisthelsetjeneste.

4.1.2 Kort om medisinalmeldinger

Årlige medisinalmeldinger blir publisert av Helsetilsynet i fylkene på oppdrag fra Statens helsetilsyn. I disse beskrives og vurderes helsetilstanden for befolkningen og utviklingen i helsetjenestene i eget fylke. Den er basert på tilgjengelige fakta fra flere datakilder, samt lokalkunnskap Helsetilsynet i fylkene har om den enkelte kommune fra tilsyn, klagesaksbehandling, rådgivning, arbeid med handlingsplaner og annen dialog med kommunene.

4.1.3 Kort om "Verdt-å-vite"-meldinger

Gjennom "Verdt-å-vite"-meldingene formidler Helsetilsynet i fylkene det de mener er viktig at helsedirektøren har kjennskap til på rapporteringstidspunktet. Helsedirektøren som er oppdragsgiver, ønsker at meldingene skal ha bredde, spontanitet og variasjon i temavalg.

4.2 Materiale

Materialet som rapporten er basert på:

- 373 revisjonsrapporter fra systemrevisjoner i tidsrommet 1998 til 1.6. 2003 som var tilgjengelige på Helsetilsynets nettside www.helsetilsynet.no. Disse omfatter både revisjonsrapporter gjennomført i forbindelse med landsomfattende tilsyn i 1998 og 2001 og egeninitierte revisjoner slik at totalt antall revisjoner i perioden er 435. Etter gjennomgang av de 373 rapportene er det kommet meldinger fra

Helsetilsynet i fylkene om 62 rapporter som ikke var registrert på Helsetilsynets nettside. Vesentlig ny informasjon er ikke kommet frem i disse rapportene, og de er derfor ikke inkludert i materialet.

- Medisinalmeldinger fra Helsetilsynet i fylkene for perioden 1999-2002.
- "Verdt-å-vite"-meldinger og annen rapportering fra Helsetilsynet i fylkene i 2002 og pr 31.5. 2003.

I perioden 1998-2002 har det vært gjennomført to landsomfattende tilsyn i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det gjelder helsetjenester til eldre i 1998 og helsetjenester til demente i 2001. Disse landsomfattende tilsynene er oppsummert i egne rapporter, men tallene er inkludert i denne gjennomgangen (tabell 1, 2 og 3).

4.3 Metode

Materialet i rapporten er dokumenter utarbeidet av Helsetilsynet i fylkene; revisjonsrapporter, medisinalmeldinger og "Verdt-å-vite"-meldinger (kap. 4.1). Disse er systematisk analysert etter prinsipper for kvalitativ forskning.

Dokumentanalyse er benyttet som metode. Dokumentanalyse innebærer at tekst har status som kilder eller data. Data i rapporten er altså det tekstmaterialet som ligger til grunn. Praktisk bearbeidelse av materialet følger de samme retningslinjer som brukes ved analyse av observasjons- og intervjudata (Repstad 1993). Oppmerksomheten har vært rettet mot meningsinnholdet i tekstene og mot å identifisere temaer og mønstre som går igjen på tvers av den enkelte tekst. Systematisk analyse innebærer å filtrere og redusere data og å sammenfatte data. Reduksjon av data er den delen av analyseprosessen der temaer blir valgt ut, forenklet, fortolket og til slutt sammenfattet (Miles og Huberman 1994, Malterud 2002). I analyse- og fortolkningsarbeidet har det vært benyttet to enkle matriser for å lette arbeidet med å finne temaer og mønstre på tvers av tekstene. Matriser er redskap som gjør materialet lettere å håndtere og som hjelper til å holde oppmerksomheten mot de sentrale spørsmålene vi søker å besvare (Miles og Huberman, op.cit). Materialet er analysert på denne måten for å kunne belyse enkelte sider ved helsetjenestetilbudet i undersøkte kommuner slik Helsetilsynet i fylkene vurderer det.

Revisjonsrapportene inngikk i første leserunde av materialet. Temaene eller områdene som var vurdert av tilsynsmyndighetene i disse rapportene (tabell 4), var utgangspunktet da medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene ble gjennomgått i andre leserunde. Noen av områdene som er omtalt i revisjonsrapportene er ikke alltid omtalt i medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene og omvendt. Når et tema er omtalt i alle tre dokumenttypene blir data fra medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene presentert etter at data fra revisjonsrapportene er lagt fram.

Et sentralt prinsipp i kvalitativ forskning er at en i analyseprosessen skal være lojal mot det opprinnelige materialet, det vil si dokumentene fra Helsetilsynet i fylkene. Sammenfatningen av dataene skal være en mest mulig nøyaktig representasjon og gjengivelse av materialet slik det foreligger før analyseprosessen starter (Malterud, op.cit). Også i vår rapport er det lagt vekt på å gjengi og gjenfortelle inntrykk og erfaringer fra Helsetilsynet i fylkene, slik tilsynene formidler det og på en slik måte at det kan sies å gi et dekkende inntrykk av situasjonen i utvalgte deler av helsetjenesten på nasjonalt nivå. Sitater fra materialet brukes for å illustrere inntrykk og erfaringer som Helsetilsynet i fylkene formidler.

Tekstene har ulik karakter fordi revisjonsrapportene utgjør detaljerte beskrivelser av avgrensede deler av tjenestetilbudet, generert gjennom systematisk innhenting av informasjon (revisjoner). Metoder for datainnsamling i revisjonene er dokumentstudier, observasjoner og intervju (kap.4.1.1). Medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene er Helsetilsynet i fylkenes egne oppsummeringer av erfaringer fra tilsyn, forvaltningsarbeid knyttet til oppfølging av handlingsplaner og annen dialog med virksomhetene i helsetjenesten.

5 Funn og erfaringer

5.1 Systematiserte revisjoner

Antall revisjoner

Tabell 1 viser hvordan de 373 systematiserte revisjonsrapportene fordeler seg på type tilsyn, hvor mange kommuner som er undersøkt hvert år i årene 1998-2003 og antall revisjoner med påpekte avvik. Landsomfattende tilsyn er gjennomført to ganger i perioden, i 1998 og 2001. Egeninitierte revisjoner inkluderer også revisjoner gjennomført i alle kommuner i Buskerud i 1999-2000, i Nord-Trøndelag i 2002 og i 18 kommuner i Troms med helse-tjenester til personer med psykisk utviklings-hemming/psykiske lidelser. Undersøkelsene

i Buskerud og Nord-Trøndelag er oppsum- mert i egne rapporter.

292 kommuner/bydeler er dekket gjennom de systematiserte revisjonene i perioden. 22 % av revisjonene er gjennomført i samme kommune, og dette er ofte større kommuner/byer. I disse revisjonene har oppmerksom- heten stort sett vært rettet mot ulike deler av kommunenes tjenestetilbud, for eksempel ved flere sykehjem i kommunen. I noen få tilfeller har Helsetilsynet i fylket gjennomført to revisjoner ved samme virksomhet, for eksempel ved sykehjem.

Tabell 1

Systematiserte landsomfattende og egeninitierte revisjoner i perioden 1998 til 1.6. 2003

	<i>Antall revi- sjoner</i> n=373	<i>1998 Antall revi- sjoner</i> n = 59	<i>1999 Antall revi- sjoner</i> n= 40	<i>2000 Antall revi- sjoner</i> n=57	<i>2001 Antall revi- sjoner</i> n=105	<i>2002 Antall revi- sjoner</i> n=83	<i>2003 Antall revi- sjoner per 1.6. n=29</i>
Landsomfattende tilsyn	126	59			67		
Egeninitierte revisjoner	247		40	57	38	83	29

Tabell 2
Påpekte avvik i antall og prosent

	Antall revi- sjoner n=373	1998 Antall revi- sjoner n = 59	1999 Antall revi- sjoner n= 40	2000 Antall revi- sjoner n=57	2001 Antall revi- sjoner n=105	2002 Antall revi- sjoner n=83	2003 Antall revi- sjoner per 1.6. n=29
Antall revisjoner	373	59	40	57	105	83	29
Revisjoner med påpekte avvik	300 80 %	56 95 %	35 87 %	43 75 %	86 82 %	53 64 %	24 83 %

Helsetilsynet i fylkene har påpekt avvik i 80 % av de 373 revisjonsrapportene. Dette innebærer at Helsetilsynet i fylkene har gjort ett eller flere funn/observasjoner som viser at de undersøkte kommunene ikke overholder lovbestemte krav til tjenestene. Eksempler kan være at kommunen ikke sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av tjenester og/ eller at kommunen ikke har internkontroll som kvalitetssikrer tjenestene. Antall påpekte avvik i hver revisjonsrapport kan variere.

Antall revisjoner med påpekte avvik varierer lite fra år til år i perioden, selv om resultatet fra landsomfattende tilsyn i 1998 skiller seg ut med påpekte avvik i 95 % av revisjonsrapportene. Det er flere grunner til at prosentvis antall revisjoner med påpekte avvik ikke har bedret seg. Noen forhold av betydning er:

- Helsetilsynet fører tilsyn basert på risiko- og sårbarhetsvurderinger både ved valg av virksomhet/tjeneste som det skal føres tilsyn med og ved valg av tema for tilsyn. Virksomheter der tilsynsmyndighetene har grunn til å tro at kvaliteten er god og faren for svikt liten, vil derfor i mindre grad inngå i utvalget. Disse vil dermed ikke bidra til et mer positivt bilde av situasjonen. Satt på spissen kan det sies at "ingen påpekte avvik" høyst sannsynlig betyr at tilsynet har fokusert på "feil" virksomheter og på feilområder.
- Plikten til internkontroll kom i 1994, men forskrift som konkretiserer kravene kom ikke før i 2003. Helsetjenesten har derfor måttet støtte seg til andre kilder, blant annet veiledning som fylkeslegenes kvalitetsrådgivere har gitt om krav til internkontroll, regelverk for internkontroll på andre samfunnsområder og generelle krav til kvalitetssystemer.

- I *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten* var målet at alle virksomheter skulle ha helhetlige kvalitetssystemer for virksomheten innen utløpet av 2000. Et delmål var at alle virksomheter innen 1996 skulle ha planer for innføring av kvalitetssystemer (internkontroll). Tilsynsmyndighetenes oppfølging i perioden preges av trinnvis innføring av krav til helsetjenesten om innføring av internkontroll.

- De siste årene har tilsynsmyndighetene i større grad forventet at kommunene har implementert internkontroll. Tilsynet har vært rettet mer mot om kommunene har satt i verk systematiske tiltak og hvordan disse fungerer i praksis. Det er spesielt rettet oppmerksomhet mot virksomhetens registrering og oppfølging av avvik.

- Økende antall eldre og pleietrengende i mange kommuner har økt presset og gjort behovet for styring og prioritering stort. Noen tjenester kan ha blitt skadelidende og fått redusert kvalitet.

Hvor revisjoner er gjennomført

Tabell 3 viser hvilke type virksomheter Helsetilsynet i fylkene har gjennomført revisjoner i. Noen av revisjonene er konsentrert til bare en virksomhet i kommunen, oftest et sykehjem, eller revisjonen er gjennomført både i sykehjem og hjemmesykepleie. Andre revisjoner omfatter hele eller deler av helse-tjenestetilbudet for eksempel eldre eller aldersdemente i kommunen.

Tabell 3

Antall revisjoner utført i perioden 1998 til 1.6. 2003 fordelt på virksomheter

	<i>Antall</i>	1998	1999	2000	2001	2002	2003 <i>pr. 1. 6.</i>
Totalt	373	59	40	57	105	83	29
Bare sykehjem	110	4	9	22	17	45	13
Både sykehjem/ hjemmesykepleie	237	55	26	35	70	35	16
Annet	26		5		18	3	

I revisjoner som omfatter både sykehjem og hjemmesykepleie er oppmerksomheten i mange tilfeller rettet mot deler av kommunenes helsetjenester til eldre/personer med aldersdemens og omfatter eksempelvis ett distrikt i kommunen som har både hjemmesykepleie og sykehjem. Kolonnen "Annet" omfatter revisjoner med bare hjemmesykepleie og revisjoner gjennomført mot tjenester til andre grupper enn eldre, for eksempel personer med psykisk utviklingshemming eller psykiske lidelser. De fleste av disse revisjonene er gjennomført i Troms.

Kommunene velger ulike måter å organisere tjenestene på. I enkelte revisjonsrapporter kan det være vanskelig å se om det er bare sykehjem/hjemmesykepleie eller begge tjenester som er utgangspunkt for revisjonen. I tallmaterialet er de regnet som revisjon på begge tjenester.

5.2 Områder for revisjon

De egeninitierte revisjonene har i stor grad vært rettet mot de samme områder som i landsomfattende tilsyn i 1998 og 2001. Slike områder kan være grunnleggende behov, internkontroll, saksbehandling etc. Helse-tilsynet i fylkene kombinerer ofte ulike områder for revisjoner fra de landsomfattende tilsynene i sine planlagte tilsyn. I en del revisjonsrapporter og medisinalmeldinger angis bekymringsmeldinger, klagesaker og/eller medieoppslag som utgangspunkt for revisjon. Andre ganger har det vært planlagte revisjoner på spesielle områder for flere kommuner i et fylke, for eksempel revisjon med kommunens arbeid med internkontroll i helsetjenesten.

Regelverk

Love og forskrifter som ligger til grunn for revisjoner med kommunale helsetjenester innen pleie- og omsorg er blant annet:

- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten etter 1.1. 2003.
- Lov om helsetjenesten i kommunene, inkludert forskrifter om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, sykehjem, fastlegeordningen i kommunene, lovbestemt sykepleietjeneste i kommunen, forskrift om habilitering og rehabilitering og individuell plan
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om helsepersonell m. v. inkludert forskrift om pasientjournal
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Landsomfattende tilsyn (revisjoner) 1998 og 2001

Revisjonsområder for det landsomfattende tilsynet med helsetjenester til eldre i 1998 var internkontroll, dekning av grunnleggende behov og saksbehandling ved tildeling av tjenester og avslag på tjenester. Revisjoner i 1998 viste blant annet at kommunene var kommet kort i å utvikle internkontroll på virksomhetsnivå. De fleste kommuner hadde ikke planer for innføring av internkontroll eller planene var ufullstendige. Også for saksbehandling ble det påpekt avvik i mange kommuner. I mindre grad ble det påpekt at grunnleggende behov ikke var forsvarlig ivaretatt (Statens helsetilsyn, 1999b).

Det landsomfattende tilsynet i 2001 omfattet medisinsk utredning av eldre ved mistanke om mental svikt, saksbehandling ved tildeling av tjenester og rettighetsbegrensninger og bruk av tvang. Revisjonene viste at det mange steder utføres godt faglig arbeid for å sikre tjenester med god kvalitet. Men Helsetilsynet i fylkene observerte også behov for økt satsing på systematisk styring og ledelse for å

sikre kvalitet i opplæring og videreutdanning, på tiltak som kan sikre medisinsk utredning av aldersdemens og bedre kommunenes oversikt over bruk av rettighetsinnskrenkninger og tvang. Også disse revisjonene avdekket svakheter i kommunenes saksbehandling, selv om revisjonen samlet sett viste at forholdene var bedre enn i 1998 (Statens helse-tilsyn, 2002).

Egeninitierte revisjoner

De 247 revisjonsrapportene fra egeninitierte revisjoner fordeler seg på tilsynsområdene slik de er fremstilt i tabell 4. Disse revisjonene har primært vært mot kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenester til eldre.

Tabell 4

Områder for revisjon, antall og andel av det totale antall revisjoner (247) som har området omtalt i revisjonsrapporten

Revisjonsområde	Antall revisjoner n=247
Grunnleggende behov	221 (89 %)
Internkontroll	181 (73 %)
Saksbehandling	142 (57 %)
Annet	109 (44 %)
Journalføring/ dokumentasjon	101 (41 %)
Legemiddelhåndtering	94 (38 %)
Rettighets- begrensninger	44 (18 %)

I de fleste revisjoner er det rettet oppmerksomhet mot flere områder, for eksempel internkontroll, dekking av grunnleggende behov, journalføring og dokumentasjon samt saksbehandling.

Med noen få unntak har Helsetilsynet i fylkene rettet oppmerksomhet mot internkontroll og/eller dekking av grunnleggende behov i de egeninitierte tilsynene. Det har vært vurdert om det er utarbeidet prosedyrer som sikrer dekking av slike behov. Det er et myndighetskrav til kommunene at det skal finnes skriftlige prosedyrer som sikrer dekking av grunnleggende behov (kap. 5.4). Dekking av grunnleggende behov som revisjonsområde omfatter flere forhold og er relatert til det som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene definerer som grunnleggende behov, for eksempel personlig stell og hygiene, tilpasset hjelp ved av- og på-

kledning etc. Når Helsetilsynet i fylkene har sett på medisinsk utredning ved mistanke om mental svikt og legedekning, er det registrert under rubrikken grunnleggende behov i tabell 4.

Revisjonsområdet "Annet" i tabell 4 omfatter kompetanse, bemanning/kapasitet, opplæring i form av planer og muligheter for videreutdanning og smittevern. Smittevern i sykehjem med vekt på håndhygiene har vært tilsynsområde i to fylker. I enkelte revisjonsrapporter fremkommer også informasjon og observasjoner om kommunenes arbeid med informasjon til brukere og befolkning generelt, bruk av Internett, avisdistribusjon, brosjyrer etc. uten at disse feltene har vært tema for revisjon.

Helsetilsynet i fylkene har i liten grad vært opptatt av kommunenes implementering av nye forskrifter for habilitering og rehabilitering og individuell plan (iverksatt 1.7. 2001) når det gjelder helsetjenester i pleie- og omsorgstjenester til eldre. Av de 247 egeninitierte revisjonene har 22 revisjoner rettet seg mot helsetjenester til personer med psykisk utviklingshemming og personer med psykiske lidelser.

I den videre presentasjonen av funn og erfaringer er data fra medisinalmeldingene og "Verdt-å-vite"-meldinger som inneholder data om området som beskrives, presentert etter revisjonsrapportene.

5.3 Om internkontroll

Internkontroll er et hjelpemiddel for systematisk styring – et ledelsesverktøy. Det innebærer at ledelsen må sørge for at tilstrekkelige styrende tiltak blir iverksatt innen organisasjonen. Sentrale elementer i denne prosessen er planlegging, utføring, kontroll/evaluering og forbedring. For de fleste vil det bety mer systematisk bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser ved valg av innsatsområder, systematisk innhenting av brukererfaringer ved evaluering og etablering av systemer for avvikshåndtering, egnevaluering, systematisk forbedring og dokumentstyring.

Hvor omfattende tiltakene skal være vil variere med kommunenes størrelse og kompleksitet. Ikke alt må være skriftlig dokumentert. Forskrift om internkontroll beskriver noen grunnleggende elementer som må være til stede uansett virksomhet, selv om vektlegging av de ulike elementene vil variere avhengig av virksomhetens karakter.

Forskriften vektlegger at innholdet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav. Sentrale elementer er

- å ha klare mål for virksomheten og tjenestene
- å ha klar ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling
- å ha oversikt over relevant regelverk
- å sikre at ansatte har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter
- å ha rutiner for avvikshåndtering, det vil si å fange opp, rette opp og hindre gjentagelse av ulykker, feil og mangler
- å ha prosedyrer for sentrale prosesser i virksomheten
- å gjennomgå internkontrolltiltakene regelmessig for å vurdere om de fungerer hensiktsmessig og om de er tilstrekkelige for å sikre at tjenestene oppfyller myndighetskrav.

Revisjonsrapportene

Hovedinntrykket er at det skjer mye utviklingsarbeid i de undersøkte kommunene og at de aller fleste har planer for utvikling og/eller videreutvikling av internkontroll. Imidlertid er det få kommuner som har implementert helhetlig internkontroll i praksis. De fleste mangler systematiske tiltak som sikrer at tiltakene vurderes regelmessig. Ansvaret er ofte delegert til leder for tjenestestedet uten at det følges systematisk opp av overordnet ledd. De fleste har heller ikke rutiner for systematisk håndtering av meldte avvik, risiko- og sårbarhetsanalyser og egenevaluering. I en del revisjonsrapporter beskrives kvalitetsutvalg og arbeidsgrupper som er nedsatt i forbindelse med planlegging og evaluering av internkontrolltiltak, men hovedinntrykket er at det mange steder ikke har vært aktivitet i utvalgene/gruppene på en stund.

I flere revisjonsrapporter fremkommer opplysninger om at helhetlig internkontroll mangler, men at Helsetilsynet i fylket vurderer kvaliteten på tjenesten som god og at det ikke er gjort funn og observasjoner som indikerer at grunnleggende behov ikke dekkes. Helsetilsynet i fylket kan beskrive helhetsinntrykket av tjenesten som positivt selv om internkontrollarbeidet er kommet kort. I

mange kommuner praktiseres rutiner på viktige forhold som påvirker kvalitet i tjenestene, for eksempel avvikshåndtering, endringer i brukerbehov, samarbeidsrutiner etc. selv om skriftlige prosedyrer ikke er utarbeidet. Rapporteringsrutinene er ofte muntlige og ikke nedfelt som skriftlige rutiner og dokumentert. I revisjonsrapportene fremgår det at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom dokumentert internkontroll og vurdering av kvalitet i tjenestene:

Illustrerende eksempel fra 2002:

”Kommunen manglar eit heilhetleg internkontrollsystem for verksemda. Dette at kommunen er liten og oversiktleg, og at ein har stabilt og kompetent personell i pleie- og omsorgstenesta, gjer sitt til at kommunen sikrar god teneste. Men kommunen er endå meir sårbar dersom nokon sluttar, når det manglar skriftlege rutinar”

På bakgrunn av revisjonsrapportene kan kommunene deles i fire grupper som beskriver status i arbeidet med å etablere internkontroll:

- kommuner som har helhetlig internkontroll implementert i daglig styring av tjenestene
- kommuner som har utarbeidet og planlagt helhetlig internkontroll, men ikke implementert dette i daglig styring av kommunens tjenester
- kommuner som har plan for utvikling av internkontrollarbeid, men internkontroll er fortsatt under utvikling og fungerer ikke som styringverktøy
- kommuner som ikke har internkontroll eller plan for arbeidet

Det er få kommuner i første og siste gruppe. Et fåtall av de undersøkte kommunene har etablert og iverksatt internkontroll som fyller myndighetskrav og som sikrer kontroll med egen virksomhet. Få har systematiske tiltak for avvikshåndtering og risikoanalyse. For perioden 2001 til 1.6. 2003 er det påpekt avvik eller tildelt merknader knyttet til internkontroll i de fleste revisjonsrapportene.

Mange kommuner arbeider systematisk med å videreføre kvalitetssystemer og internkontroll. Utfordringene i kommunene er å implementere systematiske tiltak og internkontroll i tjenestene slik at tiltakene blir hensiktsmessige og nyttige både for kommunenes

ledelse og ikke minst for ansatte i deres daglige arbeid. Tilsynserfaringene viser at mange kommuner har utviklet helhetlig internkontroll, men har arbeid igjen for å få systematiske tiltak til å fungere som forutsatt i styring av tjenestene. Helsetilsynet i fylkene påpeker at de ofte finner mangler i rutiner for avvikhåndtering og systematisk forbedringsarbeid.

Et illustrerende eksempel fra en revisjonsrapport viser en kommune som i 2000 er godt i gang og hvor Helsetilsynet i fylket har gjort positive observasjoner:

- Det var klarhet i ansvars- og myndighetsforholdene.
- Det ble gitt tilbud om kompetanseheving på områder der dette ble vurdert som nødvendig.
- Det var utviklet en rutinebok som var i bruk og som opplevdes som nyttig i det daglige arbeidet.
- Det foregikk kontinuerlig kvalitetsutvikling ved at konkrete problemstillinger og utfordringer av betydning for pasientbehandlingen systematisk ble tatt opp på interne møter for drøfting, og nødvendige tiltak ble iverksatt og fulgt opp av ledelsen.
- Avvik som skade ved fall og lignende vedrørende pasientbehandling ble nedtegnet i journal, med påfølgende drøfting om behov for tiltak for å forebygge nye avvikhendelser.

Medisinalmeldingene og "Verdt-å-vite" -meldingene

I medisinalmeldingene oppsummerer Helsetilsynet i fylkene erfaringene de har gjort gjennom tilsynsaktiviteter og annen kontakt med kommunene siste år. Gjennom disse rapportene får vi inntrykk av at det i perioden 1999-2002 har skjedd en utvikling i arbeidet med internkontroll. Forståelsen for hva internkontroll er og hva som er formålet synes å være økende. Det er imidlertid variasjon innen hvert fylket i hvor langt kommunene er kommet i utviklingsarbeidet. Selv om mange er godt i gang gjenstår det arbeid. Helsetilsynet i fylkene påpeker også implementering i praksis, systematisk arbeid med avvikhåndtering og ajourføring, samt vedlikehold av internkontroll som spesielle forbedringsområder. Flere nevner ledelsens ansvar for å legge til rette for en organisasjonskultur som oppmuntrer de ansatte til å melde

fra om avvik og uønskede hendelser og som ser på avvik/feil som mulighet for læring og forbedring. De presiserer at ledelsesforankring synes å være en viktig faktor for å lykkes med utviklingsarbeidet. Videre synes det som om kommuner som utvikler helhetlig og ensartet internkontroll for hele helse-tjenesten, har kommet lenger enn andre. Enkelte deltjenester er det imidlertid vanskeligere å få med på arbeidet, legetjenesten blir nevnt som et eksempel.

Illustrerende sitat fra en medisinalmelding i 2000:

"Erfaringene fra tilsyn viser at kommunene har følgende utfordringer i tida framover:

- *Lage helhetlige kvalitetssystemer basert på myndighetskrav, brukerkrav og interne krav.*
- *Implementere (kvalitets) systemene, det vil si at alle ansatte i virksomheten forstår og bruker systemene.*
- *Ta i bruk rutiner for avvikhåndtering for å kunne identifisere svake områder og å bruke dette som grunnlag for forbedringer.*
- *Føre kontroll med seg selv slik at helse-tjenesten kan korrigere, planlegge og utføre sine aktiviteter i samsvar med lover, forskrifter, brukerkrav og interne krav.*

Avvik peker på risikofylte områder i helse-tjenesten hvor det er behov for sikring og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Et vesentlig poeng er å utvikle organisasjoner som kan lære av sine feil. Det innebærer å avdekke og analysere årsaker, samt rette opp og forebygge avvik, feil og uønskede hendelser. Noen årsaker til at avvik ikke meldes i den daglige virksomheten, er at det ikke er kultur for å melde avvik. Dette misforstås som sladring eller å finne syndebukker. Melderutiner kan være uklare, noe som gjelder spesielt for samarbeid på tvers av sektorer og nivåer. (...) Leder må følge opp avviksmeldinger og integrere avvikhåndtering i den daglige virksomheten. (...) Analyse av avviksmaterialet viser at det ofte er en rekke felles årsaker til avvik som meldes. En erfaring fagfolk har gjort, er at å melde avvik er en kanal som kan benyttes for å opprettholde et faglig forsvarlig nivå."

Oppsummering: om internkontroll

Revisjonsrapportene, medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene påpeker at det skjer mye utviklingsarbeid i kommunene og at de aller fleste kommuner har planer for utvikling og/eller videreutvikling av internkontroll. Men få kommuner har implementert helhetlig internkontroll i praksis. De fleste mangler systematiske tiltak som sikrer ajourføring og vedlikehold av internkontroll, håndtering av meldte avvik, risiko- og sårbarhetsanalyser og egenevaluering. Ledelsesforankring anses som viktig for å lykkes med utviklingsarbeidet og implementering.

5.4 Om dekking av grunnleggende behov

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene stiller krav om at kommunen etablerer system med skriftlige prosedyrer som skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov.

Systematisk bruk av prosedyrer og dokumentasjon kan være gode hjelpemidler. Det kan gi kommunen mulighet til å styre ønsket kvalitet og standard i tjenestene, sikre likhet ved at tjenesteytere gjør de samme tingene, danne grunnlag for videreutvikling og forbedring av tjenestene og sikre mulighet for å dokumentere avvik fra angitt standard. Prosedyrer og dokumentasjon kan dermed redusere sårbarhet og risiko for svikt i tjenestene og i beste fall føre til bedre tid til samvær med brukere.

Revisjonsrapportene

Revisjonsrapportene viser at kvalitetsforskriften i stor grad er kjent for kommunens ledelse, men i mindre grad blant ansatte. Helsetilsynet i fylkene har rettet oppmerksomheten mot de områder som kvalitetsforskriften definerer som grunnleggende behov og mot utarbeiding av skriftlige prosedyrer og dokumentasjon. De mest belyste områdene er personlig hygiene, døgnrytme, muligheten til å imøtekomme individuelle behov og ivareta egenomsorg, munn-/og tannbehandling, medikamenthåndtering, medisinsk undersøkelse og behandling, utredning ved mistanke om mental svikt, rettighetsbegrensninger og brukernes muligheter for medbestemmelse.

Et funn som går igjen er at de fleste kommunene som er undersøkt, mangler skriftlige rutiner og dokumentasjon som skal sikre at brukerne får dekket grunnleggende behov. Men mange kommuner har utarbeidet skrift-

lige rutiner og dokumentasjon for enkelte forhold. Der det er påpekt avvik fra dekking av grunnleggende behov, gjelder det oftest at kommunene mangler skriftlige prosedyrer og dokumentasjon som sikrer at grunnleggende behov ivaretas.

Vekslende inntrykk formidles i rapportene. Helsetilsynet i fylkene har møtt ansatte som trives på arbeidsplassen, personalsituasjon er stabil og fagstillingene besatt. Ansatte gir uttrykk for gode holdninger og god praksis og brukerne får dekket grunnleggende behov som er tilpasset deres situasjon. Men Helsetilsynet i fylkene formidler også inntrykk av mer negativ karakter som særlig gjelder kompetanse og kapasitet i tjenestene (kap.5.7).

Illustrerende eksempler fra revisjonsrapporter i 2002:

”Brukernes behov for pleie- og omsorg blir systematisk kartlagt og dokumentert i pleieplaner. Det finnes dokumentasjon på at relevante tiltak er iverksatt. (...) Det gjøres en systematisk gjennomgang av pleieplaner for å kontrollere at den enkelte får dekket grunnleggende behov. Det blir benyttet oversiktlige skjema i arbeidet med å gjøre slike vurderinger i forhold til hvert behov. Kommunen har utarbeidet en skriftlig veileder for bruk av skjemaet. Utfylte skjemaer viste at slike vurderinger var gjennomført i løpet av høsten i forhold til de pasientjournalene Fylkeslegen undersøkte.”

”Helsetjenesten til eldre fungerer godt. Vi har møtt et fornøyd personale som er opptatt av å gjøre en god jobb. Vårt hovedinntrykk er at brukerne får en helhetlig og god tjeneste. Brukerne/beboerne får tilbud etter individuelle behov. Det ytes nødvendig og rask hjelp når behovet er tilstede.”

”På tross av manglende dokumentasjon på systemnivå, har Fylkeslegen ikke grunnlag for å hevde at det var grunnleggende forhold tjenesten ikke ivaretok. Dette fordi intervjuer med ansatte og gjennomgang av pasientjournaler, viste at personalet arbeidet aktivt for å dekke brukernes grunnleggende krav.”

Medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite” - meldingene

Funn fra disse kildene bekrefter i stor grad inntrykket fra revisjonsrapportene. Helsetilsynet i fylkene gir uttrykk for usikkerhet knyttet til om eldres grunnleggende behov

blir ivaretatt på en faglig forsvarlig måte. Inntrykket er at mange kommuner mangler internkontroll som sikrer faglig forsvarlige tjenester (kap. 5.3).

Illustrerende eksempel fra medisinalmelding i 2002:

" I 2002 kom det jamt meldingar om pasientar som trong meir eller anna hjelp enn den dei fekk. Tilsyn med helsetjenester til eldre viste og at det framleis var svikt i tenestene i høve til å dekkja grunnleggjande behov og manglar ved utgreiing og diagnostikk av eldre ved mistanke om mental svikt. Mangel på faglært personell er eit problem. For å gi pasientane naudsynt helsehjelp er truleg den viktigaste oppgåva for kommunane fremetter å leggja til rette for vedlikehald og styrking av den faglege kompetansen hos dei tilsette og rekruttera fleire."

Oppsummering: Om dekking av grunnleggende behov

Skriftlige prosedyrer og dokumentasjon som skal sikre at brukernes grunnleggende behov dekkes, er i liten grad utarbeidet og iverksatt. Tilsynserfaringene viser at Helsetilsynet i fylkene formidler svært vekslende inntrykk av kvalitet i tjenestene og i hvilken grad brukerne får dekket sine behov. Vurderingen henger ofte sammen med observasjoner som er gjort i kommunen når det gjelder kompetanse, kapasitet og stabilitet i tjenestene.

5.5 Om dokumentasjon og journalføring

Lov om helsepersonell m.v. fastslår at personell som yter helsehjelp har plikt til å føre journal. En viktig hensikt med pasientjournaler er at tilstrekkelig og korrekt informasjon om bruker/pasient er tilgjengelig og oversiktlig. Pasientjournalen skal ivareta at observasjoner, undersøkelser, funn, tiltak, oppfølging og endringer skal være lett tilgjengelig. Nedtegnelsene skal dateres og signeres. Tilstrekkelig og relevant informasjon om den enkelte bruker/pasient er en forutsetning for god behandling og faglig forsvarlige tjenester. Journalføringsrutiner er viktig for å sikre at informasjon om pasienten er riktig til enhver tid og at alle ansatte er kjent med den informasjonen de trenger.

Revisjonsrapportene

I mange kommuner arbeides det med å utvikle journalsystemer, overgang til elektroniske journaler og prosedyrer som sikrer at det er oppnevnt journalansvarlig og at informasjon om brukerne holdes oppdatert og tilgjengelig

for ansatte. Revisjonsrapportene viser at kommunene har et forbedringspotensial på dette feltet. Det kommenteres flere steder at journalforskriften er lite kjent blant ansatte og at det ikke er oppnevnt journalansvarlig. I noen av rapportene kommer det også frem at ansatte daglig opplever dilemmaer knyttet til tidsbruk: skal vi bruke tiden til dokumentasjon eller til å være sammen med brukerne?

Illustrerende eksempel fra revisjonsrapporter i 2002 og 2003:

"Verifikasjon av pasientjournaler viser imidlertid noe ufullstendig dokumentasjon på at rutinene for å dekke grunnleggende behov blir ivaretatt. Detaljerte arbeidsprogram og sammenfallende opplysninger fra intervjupersonene gir likevel grunn til å fastslå at hjemmesykepleien sikrer brukerne forsvarlig hjelp. Tjenesteyting blir prioritert framfor oppfylling av formelle krav til dokumentasjon. I årsmeldingen (2001) fra distrikt 2, hvor dette ble verifisert går det også fram at arbeidsbelastningen har vært stor, og at det "... har blitt liten tid til dokumentasjon..." I praksis foregår en del rapportering av brukernes behov muntlig pleierne imellom. Seksjonsleder vektlegger ukentlig å ta del i slike rapporter. I tillegg fungerer "kommunikasjonsboka" i brukerens hjem som en sikring for at personalet følger opp vedkommendes behov for hjelp."

"Journalansvarlig ved sykehjemmet var utnevnt. Imidlertid var det uklart i virksomheten hvilke oppgaver som var tillagt den journalforskriften. Det fremkom under intervju at innhold i journalforskriften var lite kjent."

Oppsummering: Om dokumentasjon og journalføring

Det skjer mye utviklingsarbeid på dette området i kommunene, spesielt innen elektronisk databehandling. Journalrutiner og dokumentasjon er fortsatt områder hvor kommunene har forbedringsarbeid å gjøre.

5.6 Om saksbehandling

Kommunene skal ha systematiske tiltak som sikrer saksbehandlingsprosessen frem mot vedtak om tildeling eller avslag på tjenester. Myndighetskravene på dette området er mange, blant annet at brukervedvirkning skal sikres ved utforming av tjenestetilbud, at kommunen skal sikre faglig grunnlag for å fatte vedtaket, at det skal angis hvilken hjelp som blir gitt eller eventuelt avslag og at ved-

taket skal begrunnes (Statens helsetilsyn, 2001).

Revisjonsrapportene

I mange revisjonsrapporter har Helsetilsynet i fylkene observert at det finnes rutiner for skriftlige vedtak om tjenesten, flere steder har man god praksis for å vurdere behov for eksempel ved hjelp av kartleggingsskjemaer. Helsetilsynet i fylkene beskriver dessuten rutiner for å sikre tverrfaglige vurderinger og at bruker og/eller pårørende blir tatt med i utforming av tjenestetilbudet. Det er også eksempler på kommuner som har innført et skille mellom den som bestiller og den som utfører tjenesten når det er gjort endringer i organisasjonen. Når Helsetilsynet i fylkene konstaterer avvik i saksbehandlingen, dreier det seg oftest om manglende eller feil henvisning til lov eller forskrift, at det ikke er opplyst om klageadgang, at det mangler faktiske opplysninger som vedtaket baserer seg på, at avslag ikke er skriftlig eller at det ikke er faglig begrunnet.

Illustrerende eksempler fra revisjonsrapporter i 2002:

”I vedtak om heimesjukepleie vert det vist til feil heimel for vedtaket og gitt feil opplysningar om klagefrist.”

”I enkelte av vedtakene var det en sammenblanding av lovhjemling for vedtak etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det var tilsvarende en sammenblanding av hvem som var rett klageinstans.”

Revisjonsrapportene viser at kommunene ofte ikke gir skriftlig avslag på søknad om sykehjemsplass, men setter søkere på venteliste med tilbud om tjenester i hjemmet i ventetiden. Søkere til permanent sykehjemsplass kan få innvilget korttidsplass. Oppholdet brukes til å observere pasienten og vurdere behovet for permanent sykehjemsplass. En slik praksis innebærer at brukeren ikke får adgang til å klage på sin opprinnelige søknad og at rettssikkerheten dermed ikke ivaretas.

Medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite” -meldingene

Prosedyrer og saksbehandling er fortsatt et svært sårbart område der forbedringspotensialet er stort. Helsetilsynet i fylkene finner fremdeles mangler i kommunenes saksbehandlingsrutiner både ved tildeling av, endringer i og bortfall av tjenester. Dette er mangler som truer brukernes rettssikkerhet, særlig de som er mest hjelpetrengende og

som ikke har et nettverk av pårørende eller nære omsorgspersoner som kan bistå. Korrekt saksbehandling basert på grundig behovsvurdering og med informasjon om retten til å klage, er viktig for å sikre søkerens rettslige krav om nødvendig helsehjelp. Konsekvensen av mangelfull saksbehandling og mangelfull kjennskap til lovkrav på området er at brukernes rettssikkerhet ikke blir ivaretatt.

Illustrerende sitater fra medisinalmeldinger i 2000-2002:

”Ingen [red. anm.: omfatter sju kommuner] av kommunene hadde etablert et tilfredsstillende internkontrollsystem. Skriftlige prosedyrer som skal sikre at brukerne får ivaretatt grunnleggende behov er i liten grad utarbeidet. Alle kommunene gjorde feil i saksbehandlingen ved tildeling av tjenesten, enten ved at det ikke ble tatt vedtak om hjemmesykepleie, at vedtak ikke var tilfredsstillende begrunnet, at vedtak vedr. sykehjemsplass var hjemlet i feil lovverk, at det ikke var informert korrekt om klageadgang eller at det ikke var opprettet kommunalt klageorgan.”

”Fylkeslegen fant flere eksempler på at søker fikk tilbud om å bli satt på venteliste til fast sykehjemsplass uten at det ble gjort oppmerksom på at det å bli satt på venteliste er det samme som avslag på sykehjemsplass. Søker ble heller ikke gjort kjent med muligheten til klageadgang. At ikke forvaltningsloven følges ved saksbehandling ved tildeling og avslag på tjenester svekker denne pasientgruppens rettssikkerhet og kan føre til at eldre ikke får den tjenesten de har krav på.”

”Nytt regelverk har brukarfokus og skal ivareta brukarane sine rettar. Ansvarlege for tildeling av tenester må difor ha kunnskap om regelverket og god sakshandsaming slik at dei sikrar rettstryggleiken til den enkelte. Slik er det ikkje i dag. Tilsynsresultat og klagesakshandsaming i den kommunale pleie- og omsorgstenesta visar store manglar i kunnskap om sakshandsaming i den kommunale pleie- og omsorgstenesta, noko som set pasientane sin rettstryggleik i fare. Betre kunnskap om sakshandsaming og rettsgrunnlaget til brukarane er nødvendig og viktig for kvaliteten på tenestetilbodet.”

Oppsummering: Om saksbehandling

Saksbehandling er et område hvor det påpekes mangler i kommunenes rutiner både ved tildeling av, endringer i og bortfall av

tjenester. Vanlige feil er at opplysninger om klageadgang mangler, det samme gjelder faktiske opplysninger og faglig begrunnelse for vedtaket og at avslaget ikke er skriftlig. Men tilsynserfaringene viser også at det skjer utviklingsarbeid i kommunene, blant annet har enkelte kommuner etablert egne enheter som har ansvar for saksbehandling.

5.7 Om personell, kompetanse, opplæring og kapasitet

Kommunene har etter helsepersonelloven § 16 ansvar for å organisere seg slik at personalet blir i stand til å overholde sine plikter. Kommunene må ha oversikt over helse-tjenestens behov for kompetanse, opplæring og opplæringsbehov. Den må derfor ha et system som sikrer at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter og kan yte tjenester i samsvar med lovkravene. Det er viktig at arbeidstakernes kunnskap og erfaring benyttes i oppgaveløsningen i kommunen.

Revisjonsrapportene

Helsetilsynet i fylkene har observert forhold omkring bemanning, rekruttering og kapasitet i tjenestene, dessuten kommunenes arbeid med opplæring og videreutdanning for ansatte. Dette formidles som generelle observasjoner som er gjort i forbindelse med tilsynet. Det er relativt store variasjoner i inntrykk som formidles (kap.5.4).

Mange revisjonsrapporter formidler at ansatte har stort arbeidspress, det er høyt sykefravær og problemer med rekruttering, stort forbruk av vikarer og små muligheter for opplæring og videreutdanning. Ved disse arbeidsplassene blir det i en del tilfeller konstatert avvik knyttet til dekking av grunnleggende behov. Enkelte steder påpekes det at brukere/pasienter må ligge til langt ut på formiddagen og legge seg før kveldsvakten avslutter fordi grunnbemanningen er for lav eller at man ikke får dekket vaktene. Helsetilsynet i fylkene påpeker at ustabil bemanningssituasjon kombinert med manglende rutiner/prosedyrer fører til risiko for svikt.

Illustrerende eksempler fra revisjonsrapporter i 2002:

- Mye bruk av vikarer vanskeliggjør kontinuitet og oppfølging av den enkelte beboer.
- Pleierne sier de ikke har tid til å legge til rette for at den enkelte skal få mulighet til å ivareta egenomsorgen.

- Mange beboere kunne fått i seg mer mat om de fikk mer hjelp ved måltidene.
- Det er vanskelig for personalet å ivareta grunnleggende behov og å praktisere medbestemmelse for beboerne på grunn av tidspress og liten bemanning. Det ble gitt tydelig uttrykk for at smertegrensen i forhold til forsvarlig pleie- og omsorg er nådd.

I en del revisjonsrapporter går det fram at mange kommuner har store problemer med å rekruttere fagpersonell, at tjenestene ofte preges av liten stabilitet og at det er problemer som skyldes mangel på fagpersonell. Ansatte opplever at det er vanskelig å ta imot tilbud om opplæring og videreutdanning når kollegene påføres ekstraarbeid fordi de er borte fra avdelingen.

Det finnes også positive observasjoner om kommuner som har muligheter for å gi opplærings- og videreutdanningstilbud, og at eksterne midler har betydning for tilbudet. Ofte påpeker ansatte at personalet er stabilt, at det finnes gode muntlige rutiner og god dialog med kolleger, at arbeidsoppgavene er kjent og at de har stillingsbeskrivelser for jobben sin.

Medisinalmeldingene og "Verdt-å-vite"-meldinger

I flere av disse meldingene beskrives kommunenes utfordringer og ansvar for at det til enhver tid er nok hender med nødvendig kompetanse til å gi et faglig forsvarlig tilbud om medisinsk behandling og omsorg. Det innebærer at kommunene må ha en bevisst rekrutteringsstrategi, sørge for nødvendig opplæring av ufaglærte og sikre at personell med utdanning får mulighet til faglig utvikling og oppdatering. I flere medisinalmeldinger uttrykker Helsetilsynet i fylkene bekymring for at kapasiteten i hjemmetjenesten er sårbar. De er bekymret for at dette utviklingstrekket kan bli forsterket fordi kommunene satser sterkt på å bygge omsorgsboliger i forbindelse med *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Personellsituasjonen er avgjørende for at brukerne skal få et tjenestetilbud som er faglig forsvarlig i omfang, innhold og kvalitet.

Illustrerende sitat fra medisinalmelding 2001:

"Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene er en kompetansebedrift som utøver tjenester av høy kvalitet. Kommunene er pliktig til å sørge for bemanning slik at pasientenes grunnleggende behov blir

ivaretatt. Fylkeslegen har meldinger om at mange steder er bemanningen for lav til at pasientenes grunnleggende behov kan ivaretas på en betryggende måte.”

Også gjennom ”Verdt-å-vite”-meldinger beskriver Helsetilsynet i fylkene problemer som skyldes for lav kapasitet og kompetanse.

Illustrerende sitat fra ”Verdt-å-vite”-melding i 2002:

”Kommunene har økende vansker med å gjennomføre sitt ansvar for behandling og pleie, både fordi antall klienter øker og fordi kommunene får stadig større oppgaver med pasienter som stiller store krav til kvaliteten i omsorgstilbudet. Problemet har to sider, den ene er økonomien, den andre er den ”faglige fortynningen” som synes å skje. Med den faglige fortynningen mener jeg at en begrenset stab av pleiere må betjene faglig krevende pasienter i økende antall uten at antall stillinger og kvalifikasjoner øker tilsvarende.”

Oppsummering: Om personell, kompetanse, opplæring og kapasitet

Revisjonsrapportene gir et vekslende inntrykk av kompetanse, opplæring og bemanning. Mange påpeker at kommunene har særlige utfordringer knyttet til rekruttering og muligheter for faglig utvikling. Medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene påpeker også bekymring for lav kapasitet og knappe ressurser, særlig til hjemmetjenestene. Samlet tegnes et bilde av en sektor der personellsituasjonen er ”på strekk”. Tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er avgjørende for at kommunene skal kunne gi brukerne faglig forsvarlige og tilstrekkelige tjenester som samsvarer med lovfestede rettigheter.

5.8 Om legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er detaljert regulert i forskrift om legemiddelforsyning mv. i den kommunale helsetjenesten. Innen dette området er det stor risiko for svikt med alvorlige konsekvenser for brukerne. Utdeling av legemidler skal gjøres av personer som har myndighet til dette, i utgangspunktet sykepleier eller vernepleier. Utdeling skal skje etter skriftlig ordinasjon fra lege og på en måte som sikrer at legemidlet blir gitt til den brukeren det er forskrevet til.

Revisjonsrapportene

Helsetilsynet i fylkene har sett nærmere på

legemiddelhåndtering i flere egeninitierte revisjoner. Mange kommuner har gode rutiner for legemiddelhåndtering, inkludert rutiner for avviksregistrering. Mange har også avtale om farmasøytisk tilsyn. I noen revisjonsrapporter blir det påpekt at kommunen har problemer med å sikre forsvarlig utdeling av legemidler, blant annet opplæring og delegasjon når andre enn sykepleier og vernepleier gir medisiner.

I enkelte revisjonsrapporter påpekes kommunens praksis for hvem og hvor mange som har tilgang til nøkler til medisinskapp. Mange ansatte får utdelt nøkler og en del steder har ikke kommunene oversikt over antall nøkler i sirkulasjon.

Oppsummering: Om legemiddelhåndtering

Kommunene har ofte rutiner for avvikshåndtering og avtale om farmasøytisk tilsyn, men kommunene sliter med å sikre prosedyrer for utdeling av medikamenter i tråd med gjeldende krav.

5.9 Om rettighetsbegrensning og bruk av tvang

Demenssykdom medfører redusert evne til å ivareta egne interesser og behov og vurdere konsekvenser av egne valg. Tjenester til demente skal, som andre tjenester, være basert på frivillighet, men i noen situasjoner kan behovet for å vurdere bruk av tvang være nødvendig for å sikre forsvarlige tjenester og dekke brukerens behov for tjenester. For å sikre god kvalitet på tjenestene kreves systematisk arbeid med individuell tilrettelegging og brukermedvirkning, slik at behov for og bruk av tvang unngås eller reduseres til et minimum. Undersøkelser ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Engedahl, 2000) viser at bruk av tvang er relativt vanlig overfor aldersdemente. Det ble brukt tvang overfor 55 % av pasientene med alvorlig grad av aldersdemens (Statens helsetilsyn 2002). God kvalitet i tjenestetilbudet til demente forutsetter at ansatte har kunnskap om demens, at pasienten blir riktig diagnostisert og at behandlingstilbudet er individuelt tilrettelagt.

Revisjonsrapportene

Hovedinntrykket i revisjonsrapportene samsvarer med resultater fra landsomfattende tilsyn med helsetjenester til demente i 2001 (Statens helsetilsyn, 2002b). Mange kommuner arbeider systematisk med å utvikle gode tjenester til demente. Forholdene som beskrives varierer fra at ansatte har god

kompetanse, at kommunen prioriterer internopplæring og videreutdanning innen geriatri og demens og at ansatte har høy bevissthet rundt bruk av tvang, til at kompetanseutvikling er lite vektlagt innen dette området og at ansatte har liten bevissthet om de spesifikke behovene mennesker med demenssykdom har. Ansatte står dermed i fare for å benytte rettighetsinnskrenkende tiltak uten at de vurderes som inngripende og protokollføres. Kommunene har i liten grad internkontroll som sikrer systematisk styring med tjenestene.

Illustrerende eksempler fra revisjonsrapporter i 2002:

”Ved gjennomgang av journal og sykleiedokumentasjon på en beboer i avdeling B, der det var iverksatt beskyttelsestiltak i form av bruk av belte i stol, framgikk det ikke hvilke vurderinger som lå til grunn for tiltaket. Det forelå heller ikke hvilke vurderinger som er gjort av effekten av tiltaket, som ble iverksatt i april 2001 og fortsatt var gyldig”.

”Overlegen har utarbeidet retningslinjer for hva som kan brukes av frihetsbegrensninger for innskrevne beboere og disse følges. Personalet har høy bevissthet om bruk av rettighetsbegrensninger og bruker mye tid og alternative tiltak for å unngå dette. Demensenheten har dessuten høyere bemanningsfaktor enn resten av bo- og rehabiliteringssenteret. Ved bruk av belte eller sengehest drøftes dette i staben og det dokumenteres i kardex”

Oppsummering: Om rettighetsbegrensninger og bruk av tvang

Det varierer mye hvor langt kommunene er kommet på dette området. Viktige utfordringer er kompetanse, bevissthet om og rutiner som sikrer at bruk av rettighetsinnskrenkende tiltak samsvarer med myndighetskrav.

5.10 Om legetjenester

Helsetilsynet har i tildelingsbrev fra Helsedepartementet i 2003 fått oppdraget: ”Helsetilsynet bes følge opp legetjenesten overfor brukere av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten”. I dette kapitlet belyses tilsynserfaringer på området. Temaet utdypes også i rapporten *Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen* fra september 2003.

Revisjonsrapportene

Det er ikke mange revisjoner som er rettet mot legetjenester til hjemmeboende brukere. Der dette har vært vurdert er det samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene det informeres om. Legetjenester til brukere i sykehjem og tilsynslegefunksjonen ved sykehjem er noe oftere revidert og kommentert.

I revisjonsrapportene som har informasjon om legetjenestene i sykehjem, er i all hovedsak lege tilknyttet virksomhetene. Enkelte steder formidles problemer med å få tilsatt tilsynslege, men i slike situasjoner er legetilsyn sikret gjennom andre midlertidige ordninger, for eksempel gjennom avtale med flere leger. Helsetilsynet i Nord-Trøndelag gjennomførte i 2001-2002 revisjoner ved 26 sykehjem i fylket der man blant annet så på sykehjemslegenes funksjon. Følgende sitat hentet fra oppsummeringen illustrerer funn i revisjonsrapportene:

”Noen sykehjem hadde avtaler med flere leger. Det var til dels liten kommunikasjon mellom disse legene. Mange av legene deltok ikke i inntaksmøtene. I de aller fleste kommuner var det ikke etablert vikarordninger ved legenes ferier eller annet fravær. Legevakten ble da benyttet. Kontor for sykehjemslegene var for de fleste svært enkle eller manglet helt. Noen benyttet eget kontor i samme bygning.”

Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene om legetjenester til eldre fungerer i stor grad tilfredsstillende melder Helsetilsynet i fylkene. I noen kommuner er det etablert faste samarbeidsfora og i andre kommuner foregår samarbeidet mer sporadisk ved behov. Hjemmesykepleien har oversikt over brukernes fastleger. I enkelte kommuner er legedekningen mer ustabil på grunn av rekrutteringsproblemer og påvirker derfor inntrykket som formidles.

Helsetilsynet i Rogaland har i 2002 undersøkt om kommunene har internkontroll som sikrer nødvendig legetilsyn og oppfølging av medisinsk behandling for brukerne av hjemmesykepleien. Revisjonsrapportene viser at forskjellige fastleger brukes for brukerne av omsorgsboliger og at samarbeidet jevnt over fungerer bra. Enkelte steder er det etablert faste samarbeidsmøter, andre steder ikke. Hjemmesykepleien kontakter fastlegene ved behov og har oversikt over hvem som er fastlege for hver bruker. Rutiner for medikamenthåndtering er stort sett etablert når ansvar overføres fra fastlege til hjemmesykepleien.

Illustrerende eksempel fra revisjonsrapport i 2003:

”Ved tilsynet gjekk det fram at samarbeid mellom legar og pleiepersonell fungerer godt, at legane er tilgjengelege ved behov og at heimesjukepleien hjelper pasientar som treng legetilsyn med å koma til lege.”

Medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite” -meldingene

Helsetilsynet i fylkene vurderer legenes rolle og arbeidsoppgaver i pleie- og omsorgstjenesten og beskriver både fastlegeordningen og situasjonen i sektoren. Det er særleg tre forhold som blir berørt: tilgang og kontinuitet i legetjenesten, legen i tverrfaglig samarbeid og legen i sykehjemmet.

Den generelle tilgangen til legetjenester i kommunen har betydning for legetjenestene i pleie- og omsorgssektoren både i hjemmetjenesten og i sykehjem. I fastlegeordningen har kommunene anledning til å inngå avtaler om offentlig legearbeid med den enkelte lege, for eksempel om legetjenester i sykehjem. I medisinalmeldingene varierer det mye i hvilken grad kommunene benytter denne muligheten. Økonomiske ressurser og kommunale prioriteringer påvirker hvor mange avtaletimer som blir inngått. Lav status for fagområdet geriatri blir nevnt som en faktor som har betydning for tilgang på legetjenester til eldre menneske.

I flere medisinalmeldinger beskriver Helsetilsynet i fylkene legenes rolle og arbeidsoppgaver i pleie- og omsorgstjenesten. Økt sykkelighet ved økende alder og mer komplekse sykdomsbilder og hjelpebehov øker behovet for stabilitet og kontinuitet i legetjenester både i hjemmetjenesten og i sykehjemmet. Endringer i det kommunale tjenestetilbudet mot økt bruk av omsorgsboliger og korttidsopphold i sykehjem for brukere med store hjelpebehov forsterker behovet for stabil tilgang til leger.

Illustrerende sitat fra en medisinalmelding i 2002 og 2000:

”Mange stader ser det ut til at det er for lite legetenester i høve til utgreiing, behandling og oppfølging av pasientane. Gode samarbeidsrutinar i pleie- og omsorgstenestene og i høve til spesialisthelsetenesta er og viktig for å gi pasientane rett hjelp.”

”Utfordringane for kommunane no er å sjå til at dei har nok og rett helsepersonell i høve til befolkningsutviklinga og sjukdomsbilete. Ein del sjukeheimar har byrja

å ta imot og vil etter kvart få fleire pasientar som krev tett medisinsk oppfølging og pleie. Det tverrfaglege samarbeidet og særleg legetenestene må styrkjast. Lege-dekningen har vore ustabil, og det har vore vanskeleg å rekruttera nye legar. Det har og vore sett av for lite tid til legetenester i sjukeheimane. Kombinasjonen av lite fagfolk, mange ufaglærte og lite kontinuitet er ikkje det beste utgangspunktet for å ivareta pasientar som treng stabile og samanhengande tilbod over lang tid.”

Helsetilsynet i flere fylker beskriver hvordan legen i sykehjemmet i større grad brukes som konsulent ved spesielle medisinske spørsmål, mer enn som fast deltaker i et tverrfaglig team og behandling.

Illustrerende sitat fra en medisinalmelding i 1999:

”Fylkeslegens erfaringer tilsier at det medisinskfaglige arbeidet på sykehjemmene er for lavt prioritert. Legetjenesten benyttes nå gjennomgående på konsultativ basis ved særskilte medisinske problemstillinger. Mangelen på legetjenester blir ekstra merkbar ved de institusjonene hvor det er få sykepleiere, stor turnover og utstrakt bruk av vikarer og ekstravakter. I forbindelse med tilsynsvirksomheten har fylkeslegen spesielt merket seg at kunnskap i forhold til sykehjemsbeboere med spesielle behov kan være mangelfulle. Fylkeslegen antar en bedre dekning innen så vel lege- som sykepleietjenesten vil kunne bedre dette.”

Oppsummering: Om legetjenesten

Inntrykket er at det i all hovedsak er lege tilknyttet sykehjemmene som har vært undersøkt. Men legenes kapasitet varierer, kontinuitet i legetjenestene er et problem flere steder og i noen kommuner meldes det om rekrutteringsproblemer. Dette bekreftes også av inntrykk fra medisinalmeldingene. Behovet for tilgang til og kontinuitet i legetjenestene øker som følge av økt sykkelighet og mer komplekse sykdomsbilder og hjelpebehov.

5.11 Om endringer i kommunene

Tilsynsmyndighetene fører ikke tilsyn med hvordan kommunene har organisert tjenestene, men i både revisjonsrapportene, medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene fremkommer opplysninger om endringer i kommunene. Noen hovedtrekk formidles i dette kapitlet.

Revisjonsrapporter

Innledningsvis beskrives ofte særlige forhold i kommunen der revisjonen er gjennomført, for eksempel utviklings- og endringsarbeid som pågår. I endrings- og omstillingsperioder har mange kommuner ikke oppdaterte delegasjonsreglementer og stillingsbeskrivelser som viser fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver.

Eksempler på utviklings- og endringsarbeid er blant annet omlegging til bestiller/utfører modell, flatere ledelsesstruktur og økt bruk av omsorgsboliger til eldre som er sterkt hjelpetrequende.

Illustrerende eksempler fra revisjonsrapporter i 2002:

- *"Bebuarane ved ... omsorgsbustader er i all hovudsak sjukeheimspasientar, til dels med omfattande behov for behandling og pleie (...) fungerer i praksis som sjukeheim."*
- *"Kommunen har gjennomført en omstillingsprosess og innførte 1. januar 2002 to-nivåsystem med 114 resultatenheter direkte underlagt rådmannen."*
- *"Kommunen har nylig gjennomført omorganisering og er på vei inn i ny organisering ved å ta bort mellomlederstillinger."*
- *"Kommunen omorganiserte sine helse- og sosialtjenester fra 1. januar 2002. Den nye etaten er organisert i to nivåer hvor rådmannsnivået skal ivareta bestillerfunksjonen, og 29 selvstendige virksomheter skal ivareta utførerfunksjonen av tjenestene."*

Medisinalmeldinger og "Verdt-å-vite"-meldinger:

Helsetilsynet i fylkene beskriver utfordringene framover i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i generelle vendinger. De beskriver en sektor med omfattende utfordringer i form av statlige satsinger, lovkrav, forventninger i befolkningen og knappe økonomiske rammer.

Illustrerende sitat fra medisinalmelding i 2001:

"Om ein ser framover vil det vere store utfordringar for helsetenesta i kommunane. I de siste ti åra har det vore ei forskyving av oppgåver frå sjukehusa og spesialistehelsetenesta til kommunane. Demografien viser at vi får fleire av dei eldste eldre og følgeleg vil talet på aldersdemente auke. Det vil krevje auka kapasitet i pleie- og

omsorgssektoren, serleg knytt til tilbod til dei mest sjuke og pleietrengande eldre. Det er tidligare utskriving frå sjukehus og mange lidningar blir no behandla poliklinisk og ved dagkirurgi. Alt dette tilseier at kommunane må overta oppfølging og behandling av pasientar i større grad enn tidligare. Det vere seg pleie- og omsorgsteneste, rehabilitering, medisinsk behandling og tilrettelegging av tilbod til personar med psykiske lidningar som blir skrivne ut frå langtidsopphald i institusjon. Mangfaldet i oppgåver gjer at kommunane har press på seg både når det gjeld kapasitet, ressursar og kompetanse."

Illustrerende sitat fra "Verdt-å-vite"-melding i 2003:

"Kommunene i (...) har som mange kommuner ellers i landet store økonomiske utfordringer. Dette medfører at det viktigste styrings- og ledelsesverktøyet for helse-tjenesten blir økonomi og arbeid med å finne mulige innsparingsområder. Internkontroll utført på en systematisk måte er sjelden og overordnede nivå er ikke opptatt av dette. Helsetilsynet i (...) er bekymret over denne situasjonen. De administrative nivå som stod for koordinering, faglig utvikling og kvalitet er i svært mange kommuner organisert bort og erstattet med små økonomiske resultatenheter med til dels unge og uerfarne ledere. De mest uheldige virkningene sett fra tilsynsmyndighetens side er at ansvarslinjer og myndighetsområder er uklare, det mangler oversikt over hvilke behov for kompetanseheving virksomhetene har, det er lite ressurser satt av til faglig utvikling, det er manglende koordinering av helsetjenestetilbudet til utsatte grupper og de sårbare samhandlingsområdene vies liten oppmerksomhet. Rekrutteringssvikten til helsefaglige yrker er økende og det manglende fokus på faglighet vil neppe bedre dette."

Oppsummering: Om endringer i kommunene

Effektivisering, omstilling og oppgaveforskyvning mellom nivåene fører til utfordringer for kommunene. Tilsynserfaringer viser at det pågår mye endringsarbeid i kommunene i retning av flatere struktur og færre ledelsesledd, skille mellom bestiller og utfører og endret kompetanse og kapasitetsbehov i tjenestene.

5.12 Om samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Samarbeid og god flyt i tjenestene til brukerne er viktige forutsetninger for god kvalitet i tjenestene.

Medisinalmeldingene og "Verdt-å-vite"-meldingene

Helsetilsynet i flere fylker beskriver samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten som et sårbart område med et betydelig forbedringspotensial. Særlig presiseres behovet for formaliserte og forpliktende samarbeidsrutiner. Kontinuitet i bemanning, informasjon til nytilsatte både i sykehus og i kommunene, samt oppfølging og læring i situasjoner der rutinene svikter, er utfordringer som Helsetilsynet i fylkene er opptatt av. Det ser ut til at et fåtall fylker har kommet et stykke på vei med å utvikle gjensidig forpliktende samarbeid. I andre fylker gjenstår mye arbeid før situasjonen er tilfredsstillende. I en medisinalmelding formidler Helsetilsynet i fylket bekymring for hvordan økt krav om effektivitet og inntjening i helseforetakene vil påvirke samarbeidet om utskrivingsklare pasienter.

I medisinalmeldingen for 2002 minner Helsetilsynet i ett fylke om at det er fort gjort å glemme at behovet for samhandling har utspring i helsepersonellens og helsetjenestens møte med mennesker som er i et pasient- og tjenesteforløp og peker på behovet for tett samhandling og dialog for å redusere sårbarheten i en slik situasjon:

"Hovedoppgåva til helsetenesta er å løyse helseproblem for pasientane. Skal vi gjere det på ein god måte, må vi forstå pasientane sin veg gjennom eit komplisert behandlingssystem. Helsepersonell og leiarar må kjenne og forstå pasientforløpet i eigen organisasjon og mellom nivå. Eit pasientforløp kan definerast som summen av alle aktivitetar, kontaktar og hendingar som pasienten opplever i møtet med helsevesenet i samband med handtering av eit helseproblem (Den danske sunhedsstyrelsen, National strategi for kvalitetsutvikling i Sundhetsvæsenet, 2002). Sjølv enkle og heilt vanlege pasientforløp har fleire aktivitetar og overgangar mellom aktivitetane enn vi som regel tenkjer over. Det er svært sjeldan at same helsepersonell fylgjer pasienten gjennom heile pasientforløpet. Ved mange sjukdommar er samarbeid mellom fleire fagpersonar og instansar nødvendig for å oppnå eit godt resultat. Til dagleg er helsepersonell

opptekne av å gjere jobben sin og tenkjer ikkje over at dei er ein del av ein større arbeidsprosess eller ei brikke i eit langt pasientforløp. Pasientane møter oftast ulike helsepersonell og er innom ulike deler av helsetenesta både i kommunen og i spesialisthelsetenesta. Det er berre pasienten som kjenner heile pasientvegen, og som difor best kan vurdere om den er heilskapleg og kontinuerleg. (...) Diskusjonar om kva nivå som har ansvar for ulike oppgåver og val av samarbeidsmodellar kan nokre gonger slå uheldig ut for kommunehelsetenesta, andre gonger for spesialisthelsetenesta, men oftast går det ut over pasientane. Det er ei utfordring å få til ein god dialog og ein avgjerdsprosess som tek omsyn til endringane i fordeling av ansvar og oppgåver mellom nivåa. (...) Gode system for samhandling føreset at ein har "orden i eige hus". Eit fungerande styringssystem, gode interne samhandlingsrutinar og arbeidsmåtar og oversikt over oppgåver og krav som styrer samhandlinga må vere på plass i organisasjonane."

Oppsummering: Om samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Godt samarbeid og flyt i tjenester mellom nivåene i helsetjenesten er viktige utfordringer for kommunene. Brukerne har behov for kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet uavhengig av nivå og varighet av behandling, noe som forutsetter gode rutiner for samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten.

5.13 Om Handlingsplan for eldreomsorgen

I forbindelse med gjennomføring av Handlingsplan for eldreomsorgen har Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen gjennomgått kommunale utbyggingsplaner.

Medisinalmeldinger og "Verdt-å-vite"-meldinger

Helsetilsynet i flere fylker benytter i hele perioden 1999-2002 medisinalmeldingene til å oppsummere inntrykk fra arbeidet med handlingsplanene, vurdere resultat og påpeke utfordringer som kommunene står overfor.

Den bygningsmessige standarden og kapasiteten er bedret gjennom tiltak i handlingsplanperioden. Like fullt gir Helsetilsynet i fylkene uttrykk for usikkerhet og bekymring for:

- Om kommunenes intensive utbygging av omsorgsboliger vil gi et tilstrekkelig godt tilbud om heldøgns pleie og omsorg til de med mest omfattende og sammensatte behov for medisinsk behandling og omsorg.
- Om styrking av personellsituasjonen, spesielt i hjemmetjenesten, er tilstrekkelig til å møte utfordringene knyttet til økt satsing på omsorgsboliger.

I medisinalmeldingene og ”Verdt-å-vite”-meldingene har Helsetilsynet i flere fylker formidlet meldinger fra kommuner om at kommunene vil redusere pleie- og omsorgstilbudet når aktivitetskravene fra handlingsplanperioden er over.

Illustrerende sitat fra en medisinalmelding i 2002:

”Handlingsplanperioden har vært hektiske år for kommunene på flere områder. (..) Helsepersonell og leder av pleie- og omsorgstjenesten har i hovedsak, slik fylkeslegen oppfatter det, opplevd dette som en periode med muligheter til å utvikle og utbygge pleie- og omsorgstjenesten i en ønsket retning. (..) Samlet sett mener fylkeslegen at det i hovedsak har vært en positiv utvikling i pleie- og omsorgstjenesten de fire årene kommunene fikk øremerkede tilskudd. (..) Ett ankepunkt mot handlingsplanen er at det har vært rettet lite oppmerksomhet mot innholdet og kvaliteten på tjenestene. Kommunene har hatt krav på seg til å rapportere i forhold til nye årsverk og nye boenheter. Det har derfor vært lite fokus på kvalitetskrav, nye brukergupper, endring i arbeidsoppgaver, kompetansekrav og rekrutteringsproblemer. Fylkeslegen har i flere sammenhenger hevdet at den største utfordringen for kommunene i årene som kommer, vil bli å gi faglig forsvarlige helsetjenester både i omsorgsboliger og institusjoner. Hvis omsorgsboligene skal gi pasienter og pårørende den nødvendige trygghet og faglighet, må det stilles krav om kompetent fast bemanning som er tilgjengelig hele døgnet. Samtidig må ikke dette gå ut over bemanningen i institusjonshelsetjenesten. Pasientene som har en alvorlig funksjonshemming og svekket helse med høy forekomst av behandlingstrequende sykdom må få tilstrekkelige tjenester. (..) Hjemmesykepleien får også økt ansvar for kompliserte medisinske og pleiefaglige oppgaver både på grunn av endringer i spesialisthelsetjenesten og færre institusjonsplasser.”

Illustrerende sitat fra ”Verdt-å-vite”-melding i 2003:

”Vi mottar signaler som kan tyde på at flere kommuner nå reduserer ressursene i eldreomsorgen. Dette oppfatter vi som alvorlig og arbeider med å få mer konkrete og dokumenterte fakta fram.”

Oppsummering: Om Handlingsplan for eldreomsorgen

Helsetilsynet i fylkene gir uttrykk for at bygningsmessig standard og kapasitet er bedret i løpet av handlingsplanperioden. Samtidig formidles usikkerhet knyttet til om kapasitet og kompetanse er tilstrekkelig til å møte utfordringene kommunene står overfor.

5.14 Om erfaringer fra tilsyn med private leverandører og konkurranseutsetting

Med konkurranseutsetting menes ulike måter å innføre større eller mindre grad av konkurranse i produksjon av offentlig tjenester. En vanlig form for konkurranseutsetting av tjenester er anbudskonkurranse, hvor kommunen legger ut driften av en tjeneste på anbud, slik at både private leverandører og eventuelt kommunen selv kan konkurrere. Selv om kommuner konkurranseutsetter pleie- og omsorgstjenester er det fortsatt kommunen som har ansvar for at tjenestene er faglig forsvarlig og dekker brukernes behov. Kommunene har fortsatt relativt liten erfaring med å basere drift av pleie- og omsorgstjenester på konkurranseutsetting (Moland og Bogen 2001). De har imidlertid mer erfaring i å la private, ideelle organisasjoner drive tjenester på vegne av kommunen.

Helsetilsynet i fylkene har liten erfaring med og kunnskap fra revisjoner med konkurranseutsatte pleie- og omsorgstjenester og drift av disse. I vårt materiale har vi seks revisjoner gjort i private sykehjem. Det ser ut til at bare ett av sykehjemmene har vært reelt konkurranseutsatt. De andre stedene dreier det seg om ideelle organisasjoner som driver sykehjem på vegne av kommunen.

Utfordringer som blir påpekt er oppfølging og kontroll med tjenestene som kommunen har fått andre leverandører til å utføre. I en revisjonsrapport fra et sykehjem som er drevet av en ideell organisasjon påpekes det at det ikke foreligger skriftlig avtale med kommunen om drift av sykehjemmet og at kommunen ikke fører tilsyn og kontroll med at sykehjemmet gir nødvendige og forsvarlige tjenester.

I revisjonsrapportene fremkommer ikke informasjon om at Helsetilsynet i fylkene har erfaringer fra tilsyn med konkurranseutsatt hjemmesykepleie.

Oppsummering: Om erfaringer fra tilsyn med private leverandører og konkurranseutsetting

Tilsynsmyndighetene har i svært liten grad erfaringer fra tilsyn med private leverandører og konkurranseutsatte tjenester i kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren.

6 Oppsummering og Helsetilsynets vurderinger

Helsetilsynet har gjennomgått og systematisert flere års tilsynserfaringer med kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten. Nedenfor følger samlet oppsummering av tilsynserfaringer og Helsetilsynets vurdering av kommunenes og tjenestenes utfordringer knyttet til utvikling av tjenestene.

Helsetjenester til eldre og demente er tjenester som oftest er vurdert når Helsetilsynet i fylkene har rettet oppmerksomhet mot kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten. Helsetilsynet legger vekt på risiko- og sårbarhetsvurderinger ved valg av virksomheter og tjenester det føres tilsyn med og ved valg av tema for tilsyn. Kommuner og tjenester der Helsetilsynet har grunn til å tro at kvaliteten er god og faren for svikt liten, vil derfor i mindre grad bli undersøkt.

Internkontroll

Internkontroll er et hjelpemiddel for systematisk styring. Internkontroll innebærer at ledelsen må sørge for at tilstrekkelige styrende tiltak blir iverksatt innen egen organisasjon. Sentrale elementer i denne prosessen er planlegging, utføring, kontroll/evaluering og forbedring. Oftest vil det bety mer systematisk bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser ved valg av innsatsområder, systematisk innhenting av brukernes erfaringer som grunnlag for evaluering og etablering av systemer for avvikshåndtering, egenevaluering, systematisk forbedring og dokumentstyring.

Et velfungerende system for internkontroll er et godt hjelpemiddel for å sikre forutsigbare og kontinuerlige tjenester og at brukerne får de tjenestene de har behov for og lovmessig krav på.

Helsetilsynets erfaring er at de fleste kommuner har planer for å utvikle og/eller videreutvikle systemer for internkontroll, men at få kommuner har innført helhetlig internkontroll. De fleste kommunene mangler systematiske tiltak for å sikre vedlikehold av internkontroll, håndtering av meldte avvik, risiko- og sårbarhetsanalyser og evaluering av styringssystemene. Ledelsen har ansvar for å etablere styringssystemer som sikrer informasjon om kvalitet på tjenestene og for rapporteringsrutiner som sikrer informasjon om uforsvarlige forhold i tjenestene.

Tilsynserfaringer viser at systematisk arbeid med avvikshåndtering peker seg ut som et spesielt forbedringsområde. Ledelsen har ansvar for å legge til rette for en organisasjonskultur som oppmuntrer ansatte til å melde fra om avvik og uønskede hendelser og som ser på avvik/feil som en mulighet for læring og forbedring. Ny forskrift om internkontroll og en veileder som er under arbeid, kan klargjøre hvilke krav kommunene skal innfri.

Særlige forhold ved den enkelte kommune kan ha betydning for utforming av styringssystemer. Forskrift om internkontroll legger vekt på at tiltakene skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Endringer, omstillinger og økt konkurranseutsetting kan forsterke behovet for styringssystemer som sikrer informasjon og kontroll med tjenestene. Det har vært hevdet at små kommuner i mindre grad enn store kommuner har behov for omfattende styringssystemer. Men små kommuner har ofte få medarbeidere i hver personellgruppe, slik at tjenestene kan bli spesielt sårbare når personalet skiftes ut.

Helsetilsynet mener at kommunene i større grad må vurdere behovet for og tydeliggjøre nytteverdien av systematiske tiltak for å sikre kommunen kontroll med egen virksomhet. Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund har i 2003 inngått en samarbeidsavtale om å bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Et punkt i denne avtalen er at begge parter skal bidra til at kommunene etablerer kvalitetssystemer som sikrer god internkontroll innen 2004. Tilsyn og forskning viser at kommunene har utfordringer knyttet til å motivere og skape forståelse blant de ansatte slik at tiltakene oppleves som hensiktsmessige og nyttige (Vabø, 2002).

Grunnleggende behov, dokumentasjon og journalføring

Helsetilsynet i fylkene formidler svært varierende inntrykk av kvalitet i tjenestene og i hvilken grad brukerne får dekket grunnleggende behov som blant annet omfatter personlig stell, hygiene, tilpasset hjelp til å kle seg og nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. Kommunene har i liten grad utarbeidet og iverksatt prosedyrer for skriftlighet og dokumentasjon som skal sikre at grunnleggende behov dekkes.

Helsetilsynet er bekymret over at mange kommuner fortsatt ikke kan dokumentere rutiner som sikrer at brukerne får dekket grunnleggende behov. Gode rutiner for dokumentasjon og rapportering bedrer mulighetene for å fange opp informasjon på områder der det er fare for svikt. Skriftlige pleieplaner, individuelle planer, habiliteringsplaner etc. kan være en måte å kvalitetssikre skjønnsmessige vurderinger på og dessuten sikre kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesteyting og fagutøvelse. Behovet for skriftlige rutiner øker dess mer komplekse tjenester det er snakk om, ved redusert stabilitet blant personalet og ved hyppige endringer i organisasjonen. Tilsynserfaringene viser at det ofte ikke finnes skriftlige rutiner og at mange praktiserer muntlig rapportering. Kommunene må selv vurdere behovet for dokumentasjon og skriftlighet. Å etablere enkle systemer og rutiner som fungerer kan være tidkrevende, men når de er innarbeidet kan de bidra til å sikre kvalitet og spare tid. I beste fall kan de bidra til at tjenestene blir forutsigbare både for ansatte og brukere og sikre lik praksis der det er nødvendig og hensiktsmessig.

I rapporten *Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen* oppsummerer Helsetilsynet at tilsynslegefunksjonen ikke er god nok ved mange sykehjem. Dette med-

fører mangel på kontinuitet i legetjenester for pasientene. I en del kommuner får pasienter med mental svikt mangelfull medisinsk utredning. Tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om faglige, etiske og rettslige forhold ved tjenesteyting til demente pasienter, er avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester til denne gruppen. Tilsynserfaringene understreker behovet for bedre rettslig regulering av dette området og at det må prioriteres å avklare spørsmål knyttet til bruk av tvang.

Saksbehandling

Kommunene må sikre forsvarlig saksbehandling ved vurdering og utforming av tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Flere kommuner har opprettet egne enheter, ofte kalt bestillerenheter, som har ansvar for dette (Bogen og Moland, 2001). Tilsynserfaringene viser at det skjer utviklingsarbeid i kommunene på dette området. Men det er også påvist mangler i kommunenes rutiner for saksbehandling ved tildeling av, endringer i og bortfall av tjenester. De vanligste avvikene er at det ikke er opplyst om klageadgang, at det mangler faktiske opplysninger og faglig begrunnelse for vedtaket og at avslaget ikke er skriftlig.

Helsetilsynet er bekymret over at mange kommuner ikke oppfylder lovens krav til saksbehandling. Det svekker brukernes rettssikkerhet og kan føre til at mange ikke får tjenester de har krav på. Individuelt tilpassede tjenester og aktiv medvirkning fra bruker, eventuelt representant for bruker i utforming av tjenestetilbudet, har vært sentrale styringssignaler i flere år. I stortingsmelding nr. 45 (2002–2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene* fremheves blant annet brukeropplevd kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbud. Spesielt i forhold til brukere som har nedsatt evne til å uttrykke egne ønsker og behov, har kommunene spesielle utfordringer for å ivareta rettssikkerheten. Det gjelder mennesker med demenstilstander, mennesker med psykisk utviklingshemming og andre som på grunn av traumer eller sykdom ikke er i stand til å ivareta sine rettigheter og interesser.

Samarbeidsavtalen mellom regjeringen og Kommunenes Sentralforbund forplikter kommunene til å arbeide systematisk med kvalitetssystemer for pleie- og omsorgstjenestene som sikrer god internkontroll. Det står i avtalen at kommunene skal måles og sammenlignes gjennom kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser.

Personell, kompetanse, opplæring og kapasitet

Helsetilsynets inntrykk er at kompetanse-, opplærings- og bemanningssituasjonen i kommunene varierer. Samlet tegnes et bilde av en sektor der personellsituasjonen er ”på strekk”. Tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er avgjørende for at brukerne skal få et forsvarlig og tilstrekkelig tjenestetilbud. God rekruttering og tilstrekkelig kompetanse, godt arbeidsmiljø og engasjerte ansatte kan bidra til kontinuitet og stabilitet og sikre faglig forsvarlige tjenester. Helsetilsynet er bekymret for at økningen i personell og kompetanse ikke er tilstrekkelig til å dekke behovene.

Legemiddelhåndtering er eksempel på et felt der kommunene sliter med å sikre forsvarlighet i tjenesten fordi det er mangel på fagkompetanse og opplæring. Mangel på fagkompetanse trekkes også frem som et problem når det gjelder å observere tegn på mental svikt.

Viktige reformer og *Handlingsplan for eldreomsorgen* har bidratt til en kraftig økning i antall omsorgsboliger. Utbyggingen knyttet til handlingsplanen avsluttes i 2005. Da skal dekningsgraden for omsorgsboliger være 12,3 boenheter per 100 innbyggere over 80 år. Beregninger viser at det har vært en jevn økning i personellressursene i eldreomsorgen de siste 30 årene. Veksttakten i handlingsplanperioden er omtrent den samme som i årene før handlingsplanen ble iverksatt (Romøren, 2003, stortingsmelding nr. 31 (2001-2002) *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen ”Fra hus til hender”*). Det er grunn til å spørre om økningen i årsverk er stor nok i forhold til økningen i antall omsorgsboliger og institusjonsplasser.

Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Å få til godt samarbeid og flyt i tjenestene mellom nivåene i helsetjenesten er en viktig utfordring for kommunene. Brukerne har behov for kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet uansett tjenestenivå og behandlingens varighet. Dette forutsetter gjensidig samarbeid mellom tjenestene, med brukeren i sentrum.

Tilsynserfaringene viser at samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten er et sårbart område som forutsetter systematisk og kontinuerlig samarbeid mellom nivåene. Forskning har vist at gode rutiner, samarbeid og dialog mellom kommune og sykehus er nødvendig. Viktige suksessfaktorer ved utskrivning synes å være god veiledning fra sykehuset og faglig oppmerksomhet mot

pasienten. Tilstrekkelig kapasitet, gode systemer, gode ledere og kompetente og engasjerte fagpersoner er viktig for at kommunen skal lykkes med å ta hånd om pasienten ved utskrivning fra sykehuset (Gautun et al, 2001). Erfaringene som blir formidlet fra Helsetilsynet i fylkene, samsvarer med forskerens funn.

Avslutning

Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenestene er et prioritert område for Helsetilsynet i 2003. Det er dessuten gjennomført en nasjonal kartlegging av kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003 offentliggjort i oktober. Disse to undersøkelsene vil danne basis for planlegging av tilsynsvirksomhet i 2005.

Litteratur

1. Engedal K. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i norsk eldreomsorg. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
2. Rapport etter tilsyn i kommunene i Buskerud. Deler av helsetjenestetilbudet til eldre. Drammen: Fylkeslegen i Buskerud, 2001.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets internettsider: www.helsetilsynet.no)
3. Gautun H, Kjerstad E, Kristiansen F. Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. SNF-rapport 57/01. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning, 2001.
4. Oppsummeringsrapport fra tilsyn med 26 sykehjem i 2002. Steinkjer: Helsetilsynet i Nord-Trøndelag, 2002.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets internettsider: www.helsetilsynet.no)
5. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2468-72.
6. Medisinalmeldinger.
(Fra 2001 finnes de fleste av disse tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets internettsider under det enkelte fylkeskontor: www.helsetilsynet.no)
7. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. An expanded sourcebook. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 1994.
8. Moland LE, Bogen H. Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner. Fafo rapport 351. Oslo: Fafo, 2001.
9. Moland LE, Holmli H. Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren. Arbeidslagsmodellen i Rykkin, et pilotprosjekt i Bærum kommune. Fafo rapport 390. Oslo: Fafo, 2002.
10. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport til Helsedepartementet. Rapport fra Helsetilsynet 5/2002. Oslo: Helsetilsynet, 2002.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets internettsider: www.helsetilsynet.no)
11. Ot.prp. nr. 105 (2001-02). Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover.
12. Repstad P. Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag. Oslo: Universitetsforl., 1993.
13. Romøren T. Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag. NOVA-rapport nr. 12/2003. Oslo: NOVA, 2003.
14. Tilsyn utført som systemrevisjon. Oslo: Helsetilsynet, 2003.
(Prosedyren finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets internettsider: www.helsetilsynet.no)

15. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Et prosjekt gjennomført på oppdrag av Statens helsetilsyn og planlagt og finansiert av Nasjonalt geriatriprogram (kap. 670 post 62). Statens helsetilsyns utredningsserie 8/99. Oslo: Helsetilsynet, 1999.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
16. Fylkeslegenes felles tilsyn 1998 med helsetjenesten for eldre. Oslo: Helsetilsynet, 1999.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
17. Veileder for fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente 2001. Oslo: Helsetilsynet, 2001.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
18. Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente. Oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 3/2002. Oslo: Helsetilsynet, 2002.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
19. Forslag til veileder i internkontroll. Oslo: Helsetilsynet, 2003.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
20. Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport fra Helsetilsynet 8/2003. Oslo: Helsetilsynet, 2003.
(Rapporten finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
21. St.meld. nr. 45 (2002-03). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene.
22. St.meld. nr. 31 (2001-02). Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender".
23. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Rundskriv I-13/97. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
24. Tilsynsmeldinger.
(Meldingene finnes tilgjengelig i fulltekst fra Helsetilsynets nettsider: www.helsetilsynet.no)
25. Vabø M. Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. NOVA-rapport 18/02. Oslo: NOVA, 2002.

Revisjoner av kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten i perioden 1998 til 31.5. 2003¹

<i>Fylker</i>	<i>Antall kommuner fordelt på fylker</i> <i>N=434</i>	<i>Antall kommuner²/ bydeler dekket gjennom revisjonsrapporter</i> <i>N= 336</i>	<i>Antall revisjonsrapporter fordelt på fylker</i> <i>N= 435³</i>
Østfold	18	18	27
Akershus	22	16	18
Oslo	1 (25 bydeler)	20	23
Hedmark	22	19	17
Oppland	26	13	13
Buskerud	21	21	35
Vestfold	14	5	5
Telemark	18	14	18
Aust-Agder	15	14	21
Vest-Agder	15	13	18
Rogaland	27	19	25
Hordaland	33	25	36
Sogn og Fjordane	26	25	27
Møre og Romsdal	38	13	14
Sør-Trøndelag	25	12	14
Nord-Trøndelag	24	24	43
Nordland	45	31	33
Troms	25	27	41
Finmark	19	7	7

1) Rapporter tilgjengelige på Statens helsetilsyns nettsider pr. 31.5. 2003 (www.helsetilsynet.no)

2) En del kommuner som har hatt revisjon flere ganger har hatt dette på ulike virksomheter/distrikt i kommunen

3) Av disse revisjonsrapportene er 373 inkludert i materialet som er gjennomgått i forbindelse med rapporten. Vi har i etterkant fått melding om 62 revisjonsrapporter fra tilsyn med kommunale helsetjenester i pleie- og omsorg som ikke har vært tilgjengelige på Statens helsetilsyns nettsider. Vi har i etterkant lest kort gjennom de rapportene som er oversendt, uten at det er fremkommet nye temaer eller vesentlig ny informasjon.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

- 1/2002** Utredning om drift og organisering av morsmelkbanker (januar 2002)
- 2/2002** Fylkeslegenes felles tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 3/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 4/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 5/2002** Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)
- 6/2002** Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)
- 7/2002** For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)
- 8/2002** Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)
- 9/2002** Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)
- 10/2002** Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)
- 11/2002** Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

- 1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)
- 2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)
- 3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)
- 4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)
- 5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)
- 6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)
- 7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)
- 8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)
- 9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)
- 10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

- Tilsynsmelding 2002
- Tilsynsmelding 2001
- Tilsynsmelding 2000
- Tilsynsmelding 1999

Tilsynsmeldingene finnes på www.helsetilsynet.no.
De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren Tilsynserfaringer 1998-2003

Statens helsetilsyn har oppsummert erfaringer fra 373 tilsyn i kommunale pleie- og omsorgstjenester i alle landets fylker. Målet var å finne ut hvilke områder som utmerket seg som spesielt sårbare og hvor det var et forbedringspotensial. Rapporten er basert på tilsyn med kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998 til 1. juni 2003.

Det ble påvist avvik i 80% av de 373 tilsynene. De fleste avvikene gjaldt mangelfull dekning av grunnleggende behov, svikt i saksbehandlingen ved tildeling av tjenester, svikt i rutiner for internkontroll og forhold ved personellsituasjonen.

I rapporten vektlegger Helsetilsynet at gode rutiner og systemer for internkontroll er nødvendig for å utvikle et tjenestetilbud med lav risiko for svikt. Helsetilsynet påpeker at det er kommunens ansvar å sørge for at slike systemer finnes og at de fungerer i praksis både for brukere og ansatte. Tilsynserfaringer tyder på at det er økende bevissthet i kommunen om nytten av internkontroll, men at det fortsatt er et stort forbedringspotensial på dette området.