

Pleie- og omsorgstjenester på strekk

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 7/2005

OKTOBER
2005

Rapport fra Helsetilsynet 7/2005
Pleie- og omsorgstjenester på strekk
Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer
fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004

Oktober 2005

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

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

Design: Gazette

Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Sammendrag	8
Bakgrunn	12
Anvendelse av ulike kilder for informasjon og kunnskap	13
Del I – Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003	16
1 Analyser av fire undergrupper av tjenestemottakere	17
1.1 Materiale og metode	17
1.2 Tjenestemottakere som er under 67 år	18
1.2.1 Hvem er de?	18
1.2.2 Hvor bor de?.....	19
1.2.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?	20
1.3 Tjenestemottakere med psykiske lidelser	22
1.3.1 Hvem er de?	22
1.3.2 Hvor bor de?.....	22
1.3.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?	23
1.4 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning.....	25
1.4.1 Hvem er de?	25
1.4.2 Hvor bor de?.....	25
1.4.3 Hvilke tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?	25
1.5 Tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere	28
1.5.1 Hvem er de?	28
1.5.2 Hvor bor de?.....	28
1.5.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?	29
1.6 Oppsummering og vurdering – tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud	31
2 Forholdet mellom bemanning og behov i sykehjem – den nasjonale bemanningskartleggingen i 2003	32
2.1 Grunnbemanningen og tilstrekkelige tjenester i sykehjem – er det noen sammenheng?	32
2.1.1 Data og metode	32
2.1.2 Resultater	33
2.1.3 Oppsummering.....	34
2.2 Faktisk bemanning og vakanser i sykehjem – får det konsekvenser for den lokale vurderingen av tilstrekkeligheten ved tjenestetilbudet?	35
2.2.1 Data og metoder	35
2.2.2 Resultater	36
2.2.3 Oppsummering – forholdet mellom bemanning og vurderinger av tilstrekkelige tjenester	39

3 Videreføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: tall og refleksjoner rundt tre temaer	40
3.1 Materiale	40
3.2 Klager på tjenestetilbudet: antall, klagetema, oppfølging av klager	41
3.3 Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet en permanent/varig løsning?.....	42
3.4 Kommunenes utredning og behandling av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester	44
Del II – Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – Helsetilsynets vurdering av resultatene av NOVAs analyser	46
1 Bakgrunn for å videreføre den nasjonale kartleggingen	47
2 Helsetilsynets vurderinger av resultatene.....	49
2.1 De fire undergruppene av tjenestemottakere, deres behov og tjenestetilbud – noen kommentarer.....	49
2.2 Forholdet mellom bemanning og tilstrekkelighetsvurderinger i sykehjem – noen kommentarer.....	51
Del III – Funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter 2003 - 2004	53
1 Kommunale sosial- og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere - landsomfattende tilsyn i 2004 og rapport om rusmisbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud	54
1.1 Landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere.....	54
1.1.1 Funn og erfaringer fra tilsynet	54
1.1.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering	55
1.2 Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud.....	55
1.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering	55
2 Praksis knyttet til tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 – 2004	57
2.1 Funn og erfaringer	57
2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger	57
3 Sosiale tjenester og helsetjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 - 2004.....	59
3.1 Funn og erfaringer	59
3.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering	61
4 Samhandling i helsetjenesten - tilsyn med spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser 2003	62
4.1 Funn og erfaringer	62
4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger	62
5 Andre rapporter og kunnskapsoppsummeringer fra tilsynsmyndighetene	64
5.1 Medisinalmeldingene for 2004.....	64
5.1.1 Generelle utviklingstrekk	64
5.1.2 Tilstrekkelig personell med tilstrekkelig kompetanse	64
5.1.3 Legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten	65
5.1.4 Helsetilsynets oppsummering og vurdering.....	65
5.2 ”Verdt-å-vite”-meldinger.....	66
5.2.1 Funn og erfaringer.....	66
5.2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger.....	66

5.3 Klagesaker fra pleie- og omsorgstjenesten etter helselovgivningen	66
5.3.1 Funn og erfaringer fra rettighetssaker	67
5.3.2 Funn og erfaringer fra tilsynssaker	67
5.3.3 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger.....	67
5.4 Klagesaker fra pleie- og omsorgstjenesten etter sosiallovgivningen.....	68
5.4.1 Funn og erfaringer fra klagesaker	68
5.4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger.....	69
Del IV – Risiko og sårbarhet i kommunale pleie- og omsorgstjenester	
– oppsummering og vurdering	70
1 Risiko for svikt og sårbarhet i pleie- og omsorgstjenesten basert på funn og erfaringer fra tilsyn - sammendrag av informasjon fra rapportens del I - III.....	71
2 Risiko for svikt og sårbarhet i pleie- og omsorgstjenesten - funn og erfaringer fra tilsyn sett i sammenheng med informasjon fra andre kunnskapskilder	73
2.1 Omfang og mangfold.....	73
2.2 Tjenester tilpasset den enkeltes behov.....	74
2.3 Helhetlig og koordinert tjenestetilbud	76
2.4 Styring og ledelse i en omskiftelig virksomhet	76
3 Oppsummering og veien videre	78
Litteraturhenvisninger	79

Tabeller

Tabell 1	Årsak til hjelpebehov hos tjenestemottakere over og under 67 år.....	18
Tabell 2	Funksjonsnivå hos tjenestemottakere under og over 67 år.....	18
Tabell 3	Hvor bor tjenestemottakerne? Personer under og over 67 år	19
Tabell 4	Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere over og under 67 år.....	20
Tabell 5	Har personen tilstrekkelig....?	21
Tabell 6	Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykiske lidelser, fordelt på aldersgrupper	20
Tabell 7	Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere i ulike aldersgrupper.....	23
Tabell 8	Har personen tilstrekkelig....?	24
Tabell 9	Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming sammenlignet med andre tjenestemottakere.....	25
Tabell 10	Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming sammenlignet med andre tjenestemottakere	26
Tabell 11	Har personen tilstrekkelig....?	27
Tabell 12	Funksjonsnivå hos tjenestemottakere der rusmiddelmissbruk er hovedårsak til hjelpebehov sammenlignet med andre tjenestemottakere.....	28
Tabell 13	Hvor bor tjenestemottakerne som er rusmiddelmissbrukere?.....	29
Tabell 14	Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere sammenlignet med andre tjenestemottakere	29
Tabell 15	Har personen tilstrekkelig....?	30

Tabell 16	Bivariat sammenheng mellom planlagte personalressurser på dagtid og om den hjelpen pasientene får på ulike områder anses som tilstrekkelig. 122 sykehjem, netto ca. 3500 pasienter	33
Tabell 17	Har personen tilstrekkelig....?.....	34
Tabell 18	Vurderinger av tilstrekkelighet for tre grupper av sykehjem med ulik vakanseprofil på undersøkelsesdagen.....	36
Tabell 19	Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling	37
Tabell 20	Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling fordelt på ulike stillingskategorier.....	38
Tabell 21	Antall klager i 2003 og 2004 etter kommunestørrelse	41
Tabell 22	Tema for klagene, årene 2003-2004 sett under ett	42
Tabell 23	Personer under 67 år i sykehjem. Kjønn, alder, funksjonsnivå.....	43
Tabell 24	Andel som får tilstrekkelige tjenester på syv ulike områder. Tjenestemottakere under og over 67 år.....	43
Tabell 25	Antall klagesaker etter sosialtjenestelovens kapittel 4 behandlet av fylkesmennene 2003 og 2004 fordelt på tjenestetype	68
Tabell 26	Mottakere av hjemmetjenester i perioden 1992 – 2004. Antall pr. år fordelt på alder	73

Sammendrag

I den foreliggende rapporten, som består av fire deler, presenterer Statens helsetilsyn en sammenstilling og oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i perioden 2003–2004. Gjennom en bred vurdering og drøfting av funn og erfaringer fra tilsyn og informasjon fra enkelte andre kunnskapskilder, ønsker Helsetilsynet å bidra til å beskrive situasjonen i deler av den kommunale sosial- og helsetjenesten, og å peke på potensielt sårbare områder med risiko for svikt i et tilsynsperspektiv; det vil si områder der det synes å være fare for at tjenestene ikke fyller krav fastlagt i lov og forskrift.

Del I av rapporten inneholder nye analyser som forskningsinstituttet NOVA har gjort på oppdrag fra Statens helsetilsyn, av det innsamlede materialet fra den nasjonale undersøkelsen "Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud" (Rapport fra Helsetilsynet 10/2003), samt informasjon som NOVA har samlet inn i 2004 gjennom kommunebesøk innenfor rammen av sin LAG-studie (Livløp, aldring og generasjon).

Analysene omfatter beskrivelse av tjenestemottakere som er under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere. Resultatene baserer seg på de vurderingene og registreringene fagpersoner i de 73 kommunene i utvalget har gjort av den enkelte tjenestemottakers hjelpebehov og noen sider ved tjenestetilbudet.

Tjenestetilbudet til alle tjenestemottakere under 67 år blir oftere vurdert som utilstrekkelig enn tilbudet til andre grupper. Det ser i hovedsak ut til å henge sammen med at de

har andre medisinske og helsemessige behov, og bor andre steder, enn tjenestemottakere over 67 år. Medfødte funksjonshemninger, skader og multippel sklerose er oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år. De under 67 år bor også oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard og i sitt eget opprinnelige hjem.

Analysene bekrefter at personer med psykiske lidelser systematisk får mindre tilstrekkelige tjenester på alle de undersøkte områdene enn andre tjenestemottakere, uavhengig av alder og bosted.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning får i følge disse analysene mer praktisk bistand enn andre tjenestemottakere. Resultatene tilsier imidlertid *ikke* at det etter fagfolkenes vurdering er noen som får for mye hjelp.

Få av tjenestemottakerne i denne undersøkelsen er rusmiddelmissbrukere, noe som gjør det vanskelig å generalisere resultatene til å gjelde alle rusmiddelmissbrukere som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. De rusmiddelmissbrukerne vi har informasjon om synes etter fagfolkenes vurdering å få et tilstrekkelig tjenestetilbud.

Analysene NOVA har gjort på oppdrag av Statens helsetilsyn, omfatter også å koble informasjon om bemanningen i sykehjemmene med data om tjenestemottakerne i de samme sykehjemmene, alt innsamlet fra de 73 kommunene som var med i utvalget i Helsetilsynets nasjonale kartlegging fra 2003. Legger man den planlagte bemanningen til grunn, det vil si virksomhetenes turnusplaner, viser de nye analysene en svak statistisk sammenheng mellom personell-

ressurser, målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, og tilstrekkelighetsvurderingene knyttet til personlig hygiene og stell; forenklet sagt: jo flere personer som var planlagt på vakt, jo mer tilstrekkelig blir tjenestetilbudet vurdert å være. Det er også gjort analyser som undersøker om andre faktorer som beboernes funksjonsnivå, kjønn og alder, kan ha betydning for tilstrekkelighetsvurderingene. Resultatene indikerer at det kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud, utfordringer som er uavhengig av hvor mye personale virksomheten setter inn. For eksempel ser det ut til at det å gi både de *aller svakeste* og de *sprekeste* tilpasset hjelp med mat og måltider, kan være en oppgave som det er vanskelig å løse på en tilfredsstillende måte, også der det synes å være godt med personellressurser.

Noe overraskende finner man ingen tilsvarende statistisk sammenheng dersom man legger den faktiske bemanningen til grunn, det vil si antall personer som faktisk var på vakt på undersøkelsestidspunktet. Heller ikke når en tar hensyn til pasientsammensetningen i sykehjemmet gjenfinnes denne sammenhengen.

Rapportens del II inneholder Helsetilsynets vurderinger av resultatene av NOVAs analyser.

I alle de fire undergruppene finner vi tjenestemottakere som har andre helsemessige, medisinske og/eller sosiale behov enn flertallet av tjenestemottakere i sektoren. Tilsynsmyndigheten er opptatt av at også disse får et individuelt tilpasset tjenestetilbud slik de har behov for og rett til. At de har behov for tjenestetilbud med et annet innhold og en annen innretning enn det som er mest vanlig, krever kreativitet og løsningsorientering fra virksomhetsledelsen sin side. Analysene indikerer at det kan være sider ved tjenestetilbudets innhold og innretning som ikke "treffer" noen av brukergruppene; det synes særlig å gjelde mennesker med psykiske lidelser og tjenestemottakere som er under 67 år og bor i egen opprinnelig bolig.

Sammenlignet med flertallet av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenestene har mennesker med psykisk utviklingshemning ofte behov for en annen type og mer kontinuerlig tilsyn utover direkte praktisk hjelp. Det kan derfor være gode faglige begrunnelser for at omfanget av praktisk bistand er høyere hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning sammenlignet med andre

tjenestemottakere. Praktisk bistand og opplæring omfatter også mer miljøfaglige ressurser og tiltak, noe som kan ha avgjørende betydning blant annet for å forebygge bruk av tvang og makt overfor denne gruppen av tjenestemottakere.

Analysene som baserer seg på kobling av informasjon om bemanningen i sykehjemmene i utvalget med informasjon om tjenestemottakerne i de samme sykehjemmene, viser at bemanningen alene neppe er utslagsgivende for hvorvidt tjenestemottakerne får et tilstrekkelig tjenestetilbud. Den mest sannsynlige forklaringen på dette resultatet er etter Helsetilsynets vurdering at vi gjennom det metodiske opplegget ikke har med informasjon om organisering, arbeidsmiljø og holdninger hos personalet; faktorer som, i tillegg til antall personer på vakt, kan ha betydning for hvorvidt tjenestetilbudet blir vurdert som tilstrekkelig. Resultatene som ble presentert i hovedrapporten i 2003, viste med tydelighet at kommunene har vanskeligheter med å dekke opp sine egne turnusplaner som planlagt; noe som i seg selv er en tydelig pekepinn på kommunens utfordringer på dette området.

Del III i rapporten inneholder sammenstilling av funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004 som har relevans for vurdering av status i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Funn fra landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere viser at tjenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon i liten grad er i bruk overfor rusmiddelmissbrukere, og at slike tjenester fra kommunenes side blir gitt et mer begrenset innhold enn det lovgiver har forutsatt.

Ulike tilsynsaktiviteter rettet mot bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning har gitt funn som viser at det er grunn til bekymring for at tvang og makt brukes overfor enkelte brukere, uten at det følges opp slik lovverket forutsetter. De undersøkte kommunene sikrer heller ikke i tilstrekkelig grad at andre løsninger prøves før tvangstiltak blir brukt.

Funn og erfaringer fra tilsyn gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene gir inntrykk av at kommunene så langt det lar seg gjøre, legger til rette for et tjenestetilbud som imøtekommer individuelle behov og ønsker hos tjenestemottakerne, for

eksempel i forhold til døgnrytme. Forutsigbarhet og kontinuitet synes det imidlertid å være vanskeligere å sikre til en hver tid. Det synes også å være et stykke igjen før brukermedvirkning blir dagligdags i pleie- og omsorgstjenesten.

Gjennom ulike rapporteringer til Statens helsetilsyn uttrykker fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene bekymring knyttet til den økonomiske og personellmessige ressursituasjonen i kommunene, og hvilke konsekvenser den kan ha for tjenestetilbudet som brukerne får. I noen kommuner blir tilbudet om praktisk bistand og opplæring til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning, og også andre tjenestemottakere, redusert med begrunnelse i stram kommunøkonomi, og ikke i endrede behov hos den enkelte bruker. Bemannings- og kompetansesituasjonen ser ut til å gjøre tjenestetilbudet sårbart og lite robust.

Mange kommuner kan dokumentere overfor tilsynsmyndigheten at de arbeider jevnt og trutt med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring av virksomheten; det er Statens helsetilsyn godt fornøyd med. Det gjenstår imidlertid arbeid i de fleste kommunene knyttet til å omsette det planlagte i praksis og til å gjøre styringsløfene kjent for medarbeiderne. Særlig synes utviklingen av systemer for avvikshåndtering å ha kommet forholdsvis kort. Avvikshåndtering dreier seg i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendelser; det dreier seg om å se uheldige hendelser som en mulighet for læring og forbedring.

Rapportens del IV inneholder oppsummering og vurdering basert på de funn og erfaringer som er presentert i rapportens i del I – III. Dette blir også sett i sammenheng med informasjon fra et utvalg av andre kunnskapskilder.

Samlet sett gir dette Statens helsetilsyn grunn til å tro at faglig forsvarlighet er på strekk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Det er særlig to grunnleggende trekk ved dagens pleie- og omsorgstjenester som slik Statens helsetilsyn vurderer det, i seg selv byr på betydelige styringsutfordringer for kommunene og som kan sies å sette systemene på strekk: *omfanget* og *mangfoldet* i behov, det vil si antallet tjenestemottakere og antall hjelpesituasjoner hvert døgn i mange ulike boformer, sammen med alle slags medisinske, helsemessige og sosiale

problemer. Alle disse tjenestemottakerne har avhengig av alder, kjønn, boligsituasjon og årsak til hjelpebehov rett på individuelt tilpassede tjenester; kommunens ledelse har ansvar for at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

Utvidet ansvarssområde har de senere årene gitt kommunene utfordringer i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere. Statens helsetilsyn mener at det på grunnlag av analysene NOVA har gjort, funn og erfaringer fra tilsyn og resultater fra enkelte forskningsstudier, er grunn til å være bekymret for om tjenestetilbudet til enkelte grupper av brukere med sammensatte og langvarige behov er tilstrekkelig stabilt og forutsigbart, har tilstrekkelig omfang og innhold og er innrettet slik at det reelt sett er tilpasset den enkeltes behov. Skal den individuelle tilpasningen av tjenestetilbudet være reell, er brukermedvirkning en grunnleggende forutsetning og kan være et aspekt ved forsvarlig tjenesteyting. Hvorvidt hensynet til brukerens synspunkter og ønsker blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte pr. i dag er uklart, men at dette er et sårbart område synes å være klart nok på bakgrunn av tilsynserfaringer og annen kunnskap om sektoren. I mange tilfeller er også samhandling og koordinering en nødvendig forutsetning for forsvarlig tjenesteyting til brukergrupper med sammensatte behov.

Pleie- og omsorgstjenestenes sårbarhet synes særlig å være knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen; det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som mange ganger er sammensatte og kompliserte.

I kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og å styre virksomheten slik at knappe ressurser blir benyttet til de tjenestemottakerne som har de største medisinske, helsefaglige og sosiale behovene; det er den enkeltes behov som skal danne grunnlag for løsningene og tiltakene, ikke omvendt.

Det synes å være et godt stykke igjen før virksomhetene framstår som lærende organisasjoner, og tar i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, erfaringer og data for evaluering av egen virksomhet, enten det dreier seg om prioriteringer, ressursbruk, legemiddelhåndtering eller bruk av tvang. Systematisk styring og ledelse av virksomheten

er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og å sikre befolkningen de tjenestene den har behov for og rett til etter sosial- og helselovgivningen. Dette er kommunens ansvar og en betydelig utfordring sett i lys av det mangfold som preger den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Bakgrunn

I den foreliggende rapporten presenterer Helsetilsynet en sammenstilling og oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i perioden 2003– 2004. Gjennom en bred vurdering og drøfting av funn og erfaringer fra tilsyn ønsker Helsetilsynet å bidra til å beskrive situasjonen i deler av den kommunale sosial- og helse-tjenesten, og å peke på potensielt sårbare områder med risiko for svikt i et tilsynsperspektiv; det vil si områder der det synes å være fare for at tjenestene ikke fyller krav fastlagt i lov og forskrift.

Den foreliggende rapporten inngår i Helsetilsynets aktiviteter knyttet til områdeovervåking. Områdeovervåking er tilsyn med overordnet perspektiv og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helse-tjenestene i et tilsynsperspektiv. Hensikten med områdeovervåking er å sammenstille informasjon fra ulike kunnskapskilder, både egne og andres, for å kunne si noe om eller å reise spørsmål knyttet til forholdet mellom befolkningens helsemessige og sosiale behov og det tjenestetilbudet de får. Kunnskapen danner grunnlaget for tilsynsmyndighetens vurderinger av risiko og sårbarhet og er sentral i prosessene som fører fram til beslutninger om prioritering av områder for tilsyn, både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Sårbarhet og risiko for svikt dreier seg i denne sammenhengen om å ha en kvalifisert oppfatning av usikkerhet knyttet til mulige feil og uheldige hendelser som kan oppstå i et system. Det krever kunnskap ikke bare om hvordan et gitt system fungerer under normale forhold, men også om god kjennskap til hvilke påkjenninger systemet kan bli utsatt for både i nåtid og i framtiden (1); med andre ord dreier vurderinger av sårbarhet og

risiko for svikt om å forstå hva som kan skje når systemer blir satt på strekk. Både vanlige hverdagslige situasjoner og ekstreme kritiske "unntakssituasjoner" og enkelte brukergrupper kan sette systemer på strekk og synliggjøre risiko for svikt og sårbarhet i tjenestene.

Rapportens tittel "Pleie- og omsorgstjenester på strekk" antyder at vi spesielt vil rette oppmerksomheten mot utviklingstrekk ved tjenestemottakerne og ved tjenestetilbudet som Statens helsetilsyn mener utgjør særskilte utfordringer for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I en del kommuner er det grunn til å tro at utfordringene er så vidt store er det er berettiget å snakke om at systemer er satt på vedvarende strekk og at sårbarheten og risiko for svikt er stor på en del områder.

Anvendelse av ulike kilder for informasjon og kunnskap

Informasjonen vi sammenstiller i denne rapporten er i hovedsak basert på funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter som Statens helsetilsyn har gjort i eller i grenseflaten til kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003 og 2004. Helsetilsynet anvender ulike metodiske tilnærminger, noe som gjør det mulig for tilsynsmyndigheten å se og vurdere et tjenesteområde fra flere sider. Sagt på en annen måte: vi skaffer oss flere observasjoner fra ulike utsiktspunkter, noe som kan gi mulighet for å peke på mulige sammenhenger og reise spørsmål knyttet til sårbarhet og risiko for svikt.

Tilsynsmyndigheten baserer sine risikovurderinger på et sammensatt kunnskapsgrunnlag, der både egne kilder og informasjon innhentet fra andre inngår. I rapportens del IV oppsummerer og vurderer vi enkelte sider ved pleie- og omsorgstjenestene som vi anser for å være sårbare. Vi har i hovedsak konsentrert oss om kunnskap etablert gjennom våre egne tilsynsaktiviteter, men trekker i noen grad inn informasjon fra andre kilder. Kunnskapstilfanget om pleie- og omsorgstjenestene er stort, og vi har ikke hatt anledning til å gjøre en bred og altomfattende gjennomgang ved utarbeidelsen av denne rapporten.

Det følgende er en kort gjennomgang av kildene som er benyttet i denne rapporten.

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

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003 en nasjonal kartlegging av 13 240 tjenestemottakere i 73 kommuner i et representativt utvalg. Fagpersoner som kjente den enkelte

tjenestemottaker godt, fylte ut et registreringsskjema om tjenestemottakerne og ga sin faglige vurdering av vedkommendes hjelpebehov, samt noen sider ved den hjelpen vedkommende fikk. Hovedfunnene i kartleggingen ble presentert i Rapport fra Helsetilsynet 10/2003 ”Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud” (2). At utvalget er representativt, vil si at resultatene fra utvalget blir omtrent det samme som vi ville fått ved å undersøke samtlige enheter problemstillingen gjelder. Enhetene i denne undersøkelsen er pleie- og omsorgstjenesten i norske kommuner.

Begrepet *tilstrekkelig* blir benyttet i denne undersøkelsen og er basert på fagpersonenes skjønnsmessige og subjektive vurdering av i hvilken grad den enkelte tjenestemottaker får den hjelp vedkommende har behov for. Tilstrekkelig er ett av flere kriterier som legges til grunn ved vurdering av forsvarlighet, og det må kunne sies at dersom et tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig, er det heller ikke forsvarlig. Utøvelsen av tjenestene er et annet og sentralt aspekt ved forsvarlighetsvurderinger. Denne undersøkelsen gir ikke informasjon om dette; det krever andre metodiske tilnærminger enn den som er benyttet her. I den foreliggende rapporten er det samme datamaterialet benyttet til å analysere nærmere enkelte grupper av tjenestemottakere og tjenestetilbudet de får. Analysene (rapportens del I), er utført av forskningsinstituttet NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

For tilsynsmyndigheten har resultatene fra denne undersøkelsen høy validitet, dvs. gyldighet og relevans, i forhold til å gjøre vurderinger på nasjonalt nivå av forholdet mellom tjenestemottakernes behov for pleie- og omsorgstjenester og omfang og innhold i

det tjenestetilbudet de får. De vurderingene Helsetilsynet gjør av resultatene, er ikke en rettslig vurdering av om myndighetskravene til pleie- og omsorgstjenestene er oppfylt. Metoden vi har benyttet i denne undersøkelsen er ikke egnet når det gjelder å vurdere hvorvidt lovkrav er innfridd.

Systemrevisjoner

Når Statens helsetilsyn skal gjøre systematiske undersøkelser om en gitt virksomhets aktiviteter og tilhørende resultater samsvarer med krav fastsatt i lov eller forskrift, gjennomføres dette av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene som planlagt tilsyn utført som systemrevisjoner. Tilsynsmyndigheten vil på forhånd ha konkretisert hvilke krav lover og forskrifter stiller. Fordi det sjelden vil være kapasitet til å gjennomføre revisjoner i alle aktuelle kommuner eller virksomheter, vurderer fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene hvor behovet for å føre tilsyn er størst. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene gjennomfører tilsyn med tjenester og virksomheter dels på bakgrunn av kunnskap om lokale forhold og vurderinger av sårbarhet og risiko, og dels som ledd i landsomfattende tilsyn. En slik risikobasert og strategisk utvalgsmetode både av tjenestetegnen, tema og virksomheter, innebærer per definisjon at vi finner mer svikt og flere avvik enn om utvalget var gjort tilfeldig. Under revisjonen vil tilsynet undersøke om rutiner og prosedyrer er kjent og etterleves i praksis, og om de er hensiktsmessige i forhold til oppgaven eller problemet som skal løses. Kildene er interne dokumenter fra virksomheten om styring og resultater, intervjuer med ledere og ansatte og ofte en stikkprøve eller befaringsobservasjon av faktiske forhold. I tillegg til å avdekke svikt på tilsynstidspunktet, kan tilsynet avdekke uheldige forhold som på sikt kan medføre svikt i rettssikringen eller forsvarligheten i tjenesten, og kan dermed bidra til å forebygge brudd på lover og forskrifter. Etter at fylkesmennene og 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. Rapporten som utarbeides etter tilsynet er adressert til virksomheten hvor tilsynet er gjennomført.

Systemrevisjonsmetoden har høy validitet i forhold til å vurdere om lovkravene er innfridd på det/de steder der revisjonen gjennomføres, men funnene er ikke representative for andre områder eller virksomheter. I

del III av rapporten oppsummerer vi funn og erfaringer fra denne type undersøkelser.

Endelig har vi i denne rapporten supplert med informasjon fra andre kilder basert på tilsynsaktiviteter som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har gjort på oppdrag fra Statens helsetilsyn.

Register for Rettighetsklager og Tilsynssaker (RegRoT)

RegRoT er Helsetilsynet i fylkenes verktøy for å registrere både rettighetsklager og tilsynssaker i helsetjenesten. Opplysninger som registreres i RegRoT er blant annet: Hvem som klager, hvem det klages på (helsepersonell/virksomhet/ spesialitet), klagegrunnlag, vurderingstema og resultatet av Helsetilsynet i fylkets vurdering.

RegRoTs primære formål er å levere summarisk statistikk innenfor et av kjerneområdene for tilsynsetatens virksomhet. Statistikken brukes internt i fylket for å kvantifisere saksmengden, saksbehandlingstider, hvilke typer helsetjeneste og helsepersonell som sakene gjelder, hvorfor det klages, osv. Registeret brukes også til å etterkomme offentlighetens og overordnede myndigheters behov for statistikk relatert til tilsyns- og klagesaksbehandling. Helsetilsynet i fylkene leverer tertialvise rapporter til Statens helsetilsyn, og rapportene sammenstilles årlig til bruk for Statens helsetilsyns årsrapport og Tilsynsmeldingen. Sentralt brukes RegRoT blant annet som verktøy for å lage statistikk som kan si noe om trender for hele eller deler av landet.

Rapportering av rettighetsklager etter sosiallovgivningen

Fylkesmennene rapporterer årlig til Statens helsetilsyn om sitt arbeid knyttet til rettighetsklager etter sosiallovgivningen. Alle avgjørelser kommunen treffer som gjelder tildeling av eller avslag på søknad om sosiale tjenester, herunder deler av pleie- og omsorgstjenestene, kan påklages til Fylkesmannen. Klagene dreier seg i hovedsak om søkere som mener de helt eller delvis ikke får det de har rett til. Fylkesmennenes rapportering til Statens helsetilsyn inneholder blant annet informasjon om antall behandlede klagesaker fordelt på sosialtjenestelovens ulike bestemmelser, utfallet av Fylkesmannens behandling av klagesakene (for eksempel om kommunens vedtak ble opphevet eller omgjort), antall klager som er kommet inn, og som er under behandling

ved årets utløp, samt en vurdering av utvikling av antall klagesaker og utfall av disse. På bakgrunn av tallmaterialet utarbeider Statens helsetilsyn hvert år en rapport til landets fylkesmenn hvor tall fra de ulike embetene sammenstilles.

Medisinalmeldingen

Medisinalmeldingen er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet i fylket, på oppdrag fra Statens helsetilsyn. Den gir oversikt over og vurdering av forholdene i helsetjenesten i fylket, bl. a. på bakgrunn av den kunnskap tilsynsaktivitetene gir. I enkelte fylker blir Medisinalmeldingen utgitt av Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen (Sosial- og helseavdelingen) i fellesskap. Ettersom Fylkesmannen i tillegg til tilsyn og klagesaksbehandling har en bred oppgaveportefølje som innebærer fagutvikling, lovforvaltning, råd og veiledning hvor oppdragsgiver er Sosial- og helsedirektoratet, blir derfor vesentlige deler av dette omtalt i Medisinalmeldingen. I andre fylker omhandler Medisinalmeldingen i hovedsak de oppgavene som Helsetilsynet har ansvar for, og i mindre grad oppgaver som gjelder rådgivning og tiltak for gjennomføring av satsningsområder og ulike forvaltningsoppgaver.

”Verdt-å-vite”-meldinger

”Verdt-å-vite”-meldinger er et rapporteringssystem fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene inn til Statens helsetilsyn. Rapporteringen, som skjer én gang i året, er en kanal for formidling av kunnskap om lokale forhold som Fylkesmannen / Helsetilsynet i fylket mener Statens helsetilsyn bør ha kjennskap til. Den lokale kunnskapen som ligger til grunn for meldingene, kan ha utspring i tilsyn, oppslag i media om hendelser, lokale kartlegginger eller annet.

DEL I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Etter at arbeidet med hovedrapporten fra den nasjonale undersøkelsen i pleie- og omsorgstjenesten (2) var avsluttet i 2003, fikk NOVA i oppdrag fra Statens helsetilsyn å gjøre mer detaljerte analyser av det innsamlede materialet. Oppdraget omfattet å vise spredningsmål på et utvalg av variabler og nærmere analyser av fire undergrupper av tjenestemottakere (se del I kapittel 1), samt å koble informasjon fra bemanningskartleggingen med data om tjenestemottakere i sykehjem (del I kapittel 2). NOVA fikk dessuten i oppdrag å samle inn informasjon om tre utvalgte tema i forbindelse med en større studie NOVA arbeider med (studiens navn er Livsløp, Aldring og Generasjon, forkortet LAG-studien). I tilknytning til denne studien gjennomførte NOVA kommunebesøk i 21 av de 73 kommunene/bydelene som deltok i Helsetilsynets kartlegging (del I kapittel 3).

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1 Analyser av fire undergrupper av tjenestemottakere

Videre i dette kapittelet blir resultatene for fire av undergruppene presentert: tjenestemottakere under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser og tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning. Den fjerde gruppen, tjenestemottakere som er rusmisbrukere, utgjorde en svært liten andel av totalutvalget (83 personer som er 0,6 % av totalutvalget). Resultatene som blir presentert knyttet til rusmisbrukere, er derfor usikre gitt den undersøkelsesmetoden som er brukt. At andelen rusmisbrukere i undersøkelsen er liten, gjenspeiler trolig det forholdet at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har svært liten kontakt med denne gruppen.

1.1 Materiale og metode

Spørsmålet ”Hvem er de?” besvares med beskrivelser av alder, kjønn og funksjonsnivå, og for personer under 67 år: hovedårsaken til hjelpebehovet. Spørsmålet ”Hvor bor de?” besvares ved tall for bosted fordelt på eget hjem, ulike kommunale boliger og institusjoner. ”Hvilket tjenestetilbud har de?” er delvis besvart via boligbeskrivelsen, men i tillegg gis det en beskrivelse av hva de ulike gruppene mottok av hjemmetjenester og institusjonstjenester på undersøkelsestidspunktet. Vanligvis sammenlignes den gruppen som beskrives med alle de andre tjenestemottakerne i materialet.

Tilstrekkelighetsvurderingene bygger på oppfatningene til fagpersonen som har fylt ut det øvrige registreringsskjemaet i undersøkelsen (jf. kartleggingen fra 2003 og drøftingen av denne framgangsmåten i rapporten derifra, kap. 2 og 5) (2).

Datamaterialet er det samme som i hovedrapporten ”Pleie- og omsorgstjenesten i

kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud”, dvs. 13 240 tjenestemottakere fra 73 kommuner trukket tilfeldig fra et utvalg stratifisert etter landsdel og innbyggertall. Beskrivelsene bygger på det samme variabelsettet som i hovedrapporten (2). Ingen nye data benyttes i det følgende.

Beskrivelsen er lagt opp som en kommentert tabellrapport, dvs. en tallmessig dokumentasjon med en forklarende tekst i forkant. Teksten er skrevet slik at de fire spørsmålene som er nevnt over besvares for hver undergruppe etter tur. All dokumentasjon er for enkelthets skyld kalt ”tabeller”. De er nummerert fortløpende slik at det skal være lett å finne fram til dem.

I all hovedsak er deskriptiv statistikk benyttet, dvs. frekvens- og krysstabeller. De siste er utstyrt med p-verdier. Alle slike verdier som er $<0,05$ indikerer at de forskjellene en ser bare med fem prosents sannsynlighet kan skyldes tilfeldige feil eller tilfeldige variasjoner i selve utvalget. De representerer derfor reelle forskjeller som ganske trygt kan generaliseres til hele pleie- og omsorgstjenesten i Norge ved undersøkelsestidspunktet. Når antall observasjoner i materialet er små, og de statistiske konsekvensene av tilfeldige feil blir store, stiger p-verdien, og omvendt. En må altså ikke stirre seg blind på p-verdien for å gjøre seg opp en mening om en forskjell mellom grupper er stor, liten, sikker eller usikker; en må bruke skjønn og sunn fornuft i tillegg. Forskjellene en ser, for eksempel i prosentandeler mellom grupper, kan være reelle, selv om p-verdien er $>0,05$. Men for evt. å kunne dokumentere dette med stor grad av sikkerhet, trengs det i noen tilfeller et større antall observasjoner.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.2 Tjenestemottakere som er under 67 år

1.2.1 Hvem er de?

Av totalutvalget i undersøkelsen var 1 974 (15 %) av tjenestemottakerne under 67 år. Fordelingen mellom kjønnene blant tjenes-

temottakerne under 67 år ganske jevn: 49,4 % er kvinner og 50,6 % er menn. I gruppen over 67 år er det langt flere kvinner (73,2 %) enn menn (26,8 %).

I tabellen nedenfor blir tjenestemottakere over og under 67 år sammenlignet når det gjelder hovedårsak til hjelpebehov:

Tabell 1

Årsak til hjelpebehov hos tjenestemottakere over og under 67 år

		Tjenestemottakere under 67 år	Tjenestemottakere over 67 år	Alle tjenestemottakere
Psykisk utviklingshemning	Antall	567	95	662
	Prosent	31,1 %	0,9 %	5,3 %
Psykisk lidelse	Antall	557	1 033	1 590
	Prosent	30,5 %	9,7 %	12,8 %
Aldersdemens	Antall	36	2 609	2 645
	Prosent	2,0 %	24,6 %	21,3 %
Somatiske lidelser	Antall	664	6 862	7 526
	Prosent	36,4 %	64,7 %	60,6 %
Totalt	Antall	1 824	10 599	12 423
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

p<0,01

Medfødte funksjonshemninger, skader, MS og rusmiddelmisbruk er sterkere representert i gruppen under 67 år enn hos de som er over 67 år. Demenstilstander som hovedårsak til hjelpebehov, forekommer sjelden i gruppen under 67 år. Når det gjelder underliggende årsak til hjelpebehovet, er den mest markante forskjellen at de under 67 år oftere har en utviklingshemning eller en psykisk lidelse – sammenlignet med de over 67 år. Tjeneste-

mottakere med utviklingshemning og tjenestemottakere med psykisk lidelse blir for øvrig mer inngående beskrevet i et senere avsnitt.

Tabellen nedenfor viser hvordan funksjonsnivå målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV)¹ er fordelt i hos tjenestemottakere under og over 67 år.

1) Barthels ADL-indeks er en metode til å måle omfanget av funksjonssvikt i ti basale egenomsorgsfunksjoner, så som personlig hygiene, å kle på seg, kontinens, mobilitet osv. Indeksen uttrykker funksjonsnivået i form av et tall mellom 0 og 20. Et høyt tall angir stor grad av selvhjelpenhet, et lavt tall lavt funksjonsnivå. KDV er et mål på mental svikt, og det blir vanligvis benyttet for å karakterisere graden av demens. Den KDV-varianten som er benyttet her, måler fem forskjellige funksjoner: hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, og mentale evner som er en forutsetning for å delta i samfunnsaktiviteter, og for å utføre huslige gjøremål. Både personer med demens, psykisk utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser og personer med somatisk sykdom kan ha mental svikt som fanges opp av KDV. KDV-skalaen går fra 0 til 15, men her betyr en økning i verdien det motsatte av hva de gjør i Barthel-skalaen. Et høyt tall i KDV er tegn på sviktende mental/kognitiv funksjon, mens det altså er omvendt for de funksjonene Barthel måler.

Tabell 2

Funksjonsnivå hos tjenestemottakere under og over 67 år

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

p<0,001

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Både det fysiske og det kognitive funksjonsnivået blant de under 67 er som forventet noe bedre enn for de over, men forskjellene målt med Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) er egentlig små. Forskjellene mellom tjenestemottakere i de ulike aldersgruppene under 67 år er heller ikke så store: Barn og unge er kroppslig skrøpeligere, men kognitivt bedre fungerende sammenlignet med gruppene over 20. Det betyr antakelig at en blant de yngste finner mange med medfødte funksjonshemninger, men med et begrenset innslag av utviklingshemning. Bare 3 % av de under 67 år som har dette som hovedårsak til hjelpebehovet, befinner seg i den yngste aldersgruppen. De små forskjellene som eksisterer i funksjonsnivå hos tjenestemottakere over et så stort aldersspekter, indikerer at det kan eksistere en slags felles "behovsterskel" for når en etterspør eller tilbys pleie- og omsorgstjenester. Nesten uavhengig av alder og årsak til hjelpebehov ser det

ut til å være en slags felles terskel for det funksjonsnivået som fører til hjelp fra dagens kommunale pleie- og omsorgstjenester. Gruppevis likner tjenestemottakerne ganske mye på hverandre når det gjelder kroppslig og mental skrøpeligheit slik det måles ved Barthel-indeksen og KDV.

1.2.2 Hvor bor de?

Tjenestemottakere under 67 år befinner seg ofte i trygdeboliger/serviceboliger/andre tilpassede boliger uten husbankstandard, og sjeldnere i nyere omsorgsboliger eller aldersinstitusjoner. Ser en nærmere på gruppen under 67 år, er det påfallende at få (11 av 43 personer) av de under 20 år - det vil si de aller yngste i utvalget - bor "hjemme", dvs. i ordinære boliger uten kommunal disposisjonsrett. Den største gruppen av de yngste bor i kommunal bolig uten husbankstandard.

Tabell 3

Hvor bor tjenestemottakerne? Personer under og over 67 år

		Tjenestemottakere under 67 år	Tjenestemottakere over 67 år	Alle tjenestemottakere
Sykehjem/sykehjemsavdeling	Antall	157	3 673	3 830
	Prosent	8,3 %	34,5 %	30,5 %
Aldershjem/aldershjemsavdeling	Antall	10	378	388
	Prosent	0,5 %	3,5 %	3,1 %
Omsorgsbolig med Husbankstandard	Antall	294	1 069	1 363
	Prosent	15,6 %	10,0 %	10,9 %
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	Antall	660	1 465	2 125
	Prosent	35 %	13,7 %	16,9 %
Hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)	Antall	767	4 071	4 838
	Prosent	40,6 %	38,2 %	38,6 %
Totalt	Antall	1 888	10 656	12 544
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

p<0,001

De som er under 67 år og som bor i sykehjem, har noe oftere et midlertidig opphold enn eldre sykehjemsbeboere, og er som forventet sjeldnere på skjermet enhet. I Helse-tilsynets kartlegging fra 2003 var antallet personer under 67 år på sykehjem 180 av i alt 3830 sykehjemspasienter. Selv om tre av fire har et opphold som karakteriseres som "permanent", er - som en hovedregel - yngre pasienter på sykehjem mens de rehabiliteres,

eller mens man utarbeider andre boligløsninger for dem, vanligvis en tilrettelagt bolig/omsorgsbolig. Men både rehabilitering av tjenestemottakeren og tilrettelegging av bolig (noen ganger betyr det nybygg) kan ta tid, ikke sjelden både ett og to år. Noen personer under 67 ønsker å bli i sykehjem, selv om de får andre tilbud.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.2.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Som tabellen nedenfor viser, er forskjellen i hvor mye hjemmehjelpstjenester/praktisk bistand som ytes til personer over og under 67 år svært stor. Dette skyldes hovedsakelig ulik andel utviklingshemmede i de to gruppene. Utviklingshemmede har mer

praktisk bistand enn alle andre, også sett i forhold til funksjonsnivået slik det måles her (se hovedrapporten, kap. 4) (2). Dette kommer vi nærmere tilbake til i kapittel 4.1.4 hvor gruppen tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning blir beskrevet nærmere.

Tabell 4

Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere over og under 67 år

		Timer per uke med hjemmehjelp/praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Tjenestemottakere under 67 år	Gjennomsnitt	14,8	8,6
	Antall	1 477	1 272
Tjenestemottakere over 67 år	Gjennomsnitt	1,9	10,2
	Antall	5 881	6 101
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,5	9,9
	Antall	7 358	7 373

$p < 0,001$

Tabellen nedenfor viser at sammenlignet med eldre tjenestemottakere, får personer under 67 år noe sjeldnere tilstrekkelige tjenester av typen praktisk hjelp og pleie. For områdene sosial kontakt, aktivisering og ulike former for faglig tilsyn er forskjellene mindre. Det er imidlertid ikke alderen i seg selv som er den egentlige bakenforliggende faktoren, men det faktum at de under 67 år har andre årsaker til hjelpe-

behovet og befinner seg i andre bosteds-kontekster enn de over 67. Særlig får de som bor i institusjoner oftere tilstrekkelige tjenester, uavhengig av alder. Det er først og fremst disse faktorene som bidrar til å forklare forskjellene i tjenestens tilstrekkelighet i de to aldersgruppene, jf også de mer detaljerte analysene som er gjengitt i hovedrapportens tabell 5.4 (2).

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 5
Har personen tilstrekkelig....?

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

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.3 Tjenestemottakere med psykiske lidelser

1.3.1 Hvem er de?

Kjønnsfordelingen blant tjenestemottakere med psykiske lidelser er nesten den samme som for andre tjenestemottakere; 67,4 % er kvinner og 32,6 % er menn. Dette skyldes høyst sannsynlig alderssammensetningen i gruppen, med en overvekt av eldre. Spredningen er stor: fra 18 år til 99 år. Gjennomsnittet er 70, medianen 76.

Den store andelen psykiatriske pasienter i høy alder er overraskende og skyldes ganske sikkert utvalget: Hjemmeboende tjenestemottakere som bare mottar hjemmesykepleie er ikke med, mens alle psykiatriske pasienter som er i kommunalt disponerte boliger, i aldersinstitusjon, eller har hjemmetjeneste bestående av både hjemmesykepleie og praktisk bistand er med. Dette fører antakelig til en overrepresentasjon av eldre. For å korrigere noe for dette, er disse tjenestemottakerne i det følgende delt inn i ulike aldersgrupper og analysert deretter.

Tabell 6

Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykiske lidelser, fordelt på aldersgrupper

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

p<0,001

Når det gjelder funksjonsnivå, er tjenestemottakere med psykiske lidelser i aldersgruppene under 60 ganske like både når det gjelder ADL og kognitiv/mental funksjon. Deretter endres disse i forventet retning med alderen: tjenestemottakerne blir både fysisk og kognitivt skrøpeligere.

1.3.2 Hvor bor de?

I denne gruppen er det vanligste å bo i sine egne private hjem (39 %), dernest i ulike kommunale boliger (36 %) og institusjoner (25 %). Alt i alt bor ca. 15 % i bofellesskap eller bokollektiv av ulike slag. Det er klare forskjeller mellom aldersgruppene: svært få av de yngre bor i aldersinstitusjoner, mens dette gjelder mange av de eldre.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.3.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Selv om tabellen nedenfor viser at besøksfrekvensen øker noe med alderen, har allike-

vel alle grupper i gjennomsnitt kontakt med hjemmesykepleien ca. én gang om dagen. De to yngste gruppene har mer praktisk bistand enn de andre.

Tabell 7

Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere i ulike aldersgrupper

		Timer per uke med hjemmehjelp/praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Under 40 år	Gjennomsnitt	6,2	6,6
	Antall	92	102
40 - 49 år	Gjennomsnitt	4,3	5,5
	Antall	115	93
50 – 59 år	Gjennomsnitt	2,8	5,9
	Antall	144	134
60 – 69 år	Gjennomsnitt	2,4	6,3
	Antall	137	136
70 – 79 år	Gjennomsnitt	2,1	8,7
	Antall	243	253
Over 80 år	Gjennomsnitt	1,9	9,9
	Antall	298	308
Total	Gjennomsnitt	2,8	7,9
	Antall	1029	1026

$p < 0,000$ for begge hjemmetjenester

Tjenestemottakere med psykisk lidelser får systematisk mindre tilstrekkelige tjenester enn andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten. Når en korrigerer for funksjonsnivå, alder og bostedskontekst, blir denne ulikheten enda større, jf hovedrapportens tabell 5.4 (2).

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 8
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjenestemottakere med psykiske lidelser	Andre tjenestemottakere	Alle tjenestemottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	197 18 %	897 82 %	1 094 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	1 267 14,5 %	7 500 85,5 %	8 767 100 %
P<0,01					
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	126 12,8 %	862 87,2 %	988 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	731 9,6 %	6 913 90,4 %	7 644 100 %
p<0,01					
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	120 12,2 %	865 87,8 %	985 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	754 9,9 %	6 884 90,1 %	7 638 100, %
p<0,05					
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	200 19,3 %	838 80,7 %	1 038 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	1 094 16,2 %	7 673 83,8 %	6 767 100 %
P<0,01					
Aktivitets-tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	646 60,9 %	415 39,1 %	1 061 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	4 334 59,7 %	2 920 40,3 %	7 254 100 %
P<0,05					
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	689 59,7 %	399 40,3 %	1 088 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	4 322 59,7 %	2 912 40,3 %	7 235 100 %
P<0,05					
Sykepleie-faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	165 13,1 %	1 97 86,9 %	1 262 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	923 10,5 %	7 859 89,5 %	8 782 100 %
P<0,01					
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	134 12,8 %	914 87,2 %	1 048 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	809 10,8 %	6 686 89,2 %	7 495 100 %
P<0,05					
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	143 32,1 %	302 67,9 %	445 100 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	555 21,1 %	2 078 78,9 %	2 633 100 %
p=<0,001					

Sammenhengen mellom tjenestemottakerens alder og tilbudenes tilstrekkelighet er også undersøkt. Det framtrer et klart mønster: For alle typer praktisk hjelp og pleie, og for sykepleiefaglig tilsyn, øker andelen tjeneste-

mottakere med psykiske lidelser som antas å få tilstrekkelig hjelp med alderen. For aktivisering og sosiale tiltak er det omvendt. For legetilsyn og annet faglig tilsyn er forskjellene mellom aldersgruppene små og

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

usystematiske. Det kan altså se ut til at kommunene satser mest på sosiale behov hos yngre psykiatriske pasienter, og mest på bistands- og pleiebehov hos eldre psykiatriske pasienter.

1.4 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning

1.4.1 Hvem er de?

I gruppen tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning er 49,6 % kvinner og 50,4 % er menn. At kjønnsfordelingen er

jevn i denne gruppen, henger trolig sammen med aldersfordelingen; gjennomsnittsalderen er 47 år, mens den for de øvrige tjenestemottakerne er 80 år. Spredningen i gruppen er stor, fra 9 til 99 år; medianverdien er 46 år.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning er kroppslig noe sprekere enn gjennomsnittet for alle andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten, mens deres kognitive funksjon – som forventet - i gjennomsnitt er noe lavere. Men alt i alt må en si at ulikhetene også her er små.

Tabell 9

Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning sammenlignet med andre tjenestemottakere

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

p<0,001

1.4.2 Hvor bor de?

Det vanligste er å bo i kommunal bolig uten husbankstandard (53 %) eller i omsorgsbolig med husbankstandard (25 %). 80 % av boligene uten husbankstandard og 74 % av de med husbankstandard er del av et bokollektiv eller et bofellesskap. Dette er alt i alt den vanligste boformen som denne gruppen tilbys. 7 % av denne gruppen bor i aldersinstitusjoner. Disse tjenestemottakerne er fra 34 til 90 år gamle, gjennomsnittet er 72 år, medianverdien 75. Blant de utviklingshemmede som bor i aldersinstitusjoner har 88 % permanent opphold. 12 % bor i skjermede enheter; ingen har midlertidige opphold.

1.4.3 Hvilke tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Tabellen nedenfor viser antall timer hjemmehjelp/praktisk bistand per uke og antall besøk per uke av hjemmesykepleien som tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning har, sammenlignet med andre tjenestemottakere.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 10

Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning sammenlignet med andre tjenestemottakere

		Timer per uke med hjemmehjelp/praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning	Gjennomsnitt	33,9	8,5
	Antall	488	306
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	2,4	10,1
	Antall	6 638	6 816
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,6	10,0
	Antall	7 126	7 122

Praktisk bistand: $p < 0,001$; Hjemmesykepleie: $p > 0,05$

Når det gjelder hjemmetjenester, er forskjellen i mottatt praktisk bistand stor mellom tjenestemottakere med utviklingshemning og andre tjenestemottakere, jf. også beskrivelser og analyser i hovedrapporten fra 2003 (kap. 4 og 5). Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning har i gjennomsnitt noe bedre ADL-funksjoner enn andre tjenestemottakere (se tabell 9 overfor), mens det omvendte gjelder for mentale funksjoner målt ved KDV (se tabell 9 overfor). Det fins med andre ord trekk ved utviklingshemmedes behov som kan bidra til rimelige forklaringer på det store volumet av praktisk bistand som ytes til gruppen.

I tillegg skiller en del tjenestemottakere med

utviklingshemning seg fra andre tjenestemottakere ved å ha behov for kontinuerlig tilsyn. Noen tjenestemottakere med utviklingshemning har utagerende atferd som gjør det nødvendig med kontinuerlig høyere bemanning for å forebygge at utfordrende situasjoner oppstår.

Tabell 11 viser at det er små forskjeller mellom utviklingshemmede og andre når det gjelder tilstrekkelighetsvurderingene. Også når en vurderer tilstrekkeligheten ved tjenestetilbudet etter utviklingshemmedes alder, er forskjellene ubetydelige. Det eneste unntaket er sosiale tiltak, der tilstrekkeligheten synker noe for utviklingshemmede tjenestemottakere over 60 år (tall ikke vist).

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 11
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning	Alle tjenestemottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	105 16,8 %	1 359 14,7 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	519 83,2 %	7 877 85,3 %
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	63 10,5 %	794 9,9 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	537 89,5 %	7 238 90,1 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	75 12,4 %	799 10,0 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	530 87,6 %	7 218 90,0 %
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	95 15,5 %	1 199 16,7 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	517 84,5 %	5 993 83,3 %
Aktivitetstiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	340 55,6 %	4 639 60,2 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	271 44,4 %	3 064 39,8 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	372 61,1 %	4 638 60,1 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	237 38,9 %	3 075 39,9 %
Sykepleiefaglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	51 9,6 %	1 037 10,9 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	482 90,4 %	8 473 89,1 %
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	31 5,4 %	912 11,4 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	544 94,6 %	7 055 88,6 %
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	69 24,6 %	629 22,5 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	211 75,4 %	2 169 77,5 %

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.5 Tjenestemottakere som er rusmiddel- misbrukere

1.5.1 Hvem er de?

I materialet som er benyttet her, er dette en liten gruppe. Den teller bare 83 personer, og 79 % av dem er menn. Dette er svært ulik kjønnsfordelingen i resten av utvalget, der kvinnene utgjør 70 %.

Gjennomsnittlig alder er 67 år (for kvinner 69 år; for menn: 66 år). Spredningen er fra 23 til 90 år, medianen er 68 år. Gruppen er med andre ord mye preget av *eldre* menn. Akkurat som for tjenestemottakere med psykiske lidelser, avspeiler denne alderssammensetningen antakelig til en viss grad utvalgsriteriene: av de som bor i egne hjem, er bare personer med både praktisk bistand og hjemmesykepleie med.

Tabell 12

Funksjonsnivå hos tjenestemottakere der rusmiddelmisbruk er hovedårsak til hjelpebehov sammenlignet med andre tjenestemottakere

Hovedårsak til hjelpebehov		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Rusmiddelmisbruk	Gjennomsnitt	16,0	5,4
	Antall	80	83
	Standardavvik	3,9	3,8
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Antall	11 931	11 739
	Standardavvik	6,1	5,0
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Antall	12 011	11 822
	Standardavvik	6,1	5,0

p>0,05

Rusmiddelmisbrukerne har i gjennomsnitt noe bedre ADL-funksjoner, mens den kognitive funksjonen i gjennomsnitt er på nivå med de øvrige tjenestemottakerne. Yngre og eldre rusmiddelmisbrukere atskiller seg noe på dette området. I aldersgruppene under 60 år er tjenestemottakere med rusproblemer ganske like både når det gjelder ADL og kognitiv/mental funksjon. Deretter endrer funksjonsnivået seg i forventet retning: økt

kroppslig og kognitiv svekkelse med alderen. At dette omslaget skjer allerede rundt 60 års alder kan antakelig tilskrives nettopp virkningene av rusmiddelmisbruk over tid.

1.5.2 Hvor bor de?

Tabellen nedenfor viser at det vanligste er å bo hjemme, dernest i kommunal bolig uten husbankstandard.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 13

Hvor bor tjenestemottakerne som er rusmiddelmissbrukere?

		Tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere	Alle tjenestemottakere
Sykehjem/sykehjemsavdeling	Antall Prosent	15 18,1 %	3 830 30,5 %
Aldershjem/aldershjemsavdeling	Antall Prosent	2 2,4 %	388 3,1 %
Omsorgsbolig med Husbankstandard	Antall Prosent	10 12,0 %	1 363 10,9 %
Annet bolig med kommunal disposisjonsrett	Antall	15	2 125
	Prosent	18,1 %	16,9 %
Hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)	Antall	41	4 838
	Prosent	49,4 %	38,6 %
Totalt	Antall	83	12 544
	Prosent	100,0 %	100,0 %

$p > 0,05$

1.5.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Som tabell 11 viser har gruppen rusmiddelmissbrukere mindre praktisk bistand enn andre tjenestemottakere, noe som trolig kan til-

skrives deres noe høyere ADL-nivå. Bistand fra hjemmesykepleien er på nivå med alle andre.

Tabell 14

Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere sammenlignet med andre tjenestemottakere

		Timer per uke med hjemmehjelp/praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere	Gjennomsnitt	1,8	8,2
	Antall	63	62
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,6	10,1
	Antall	7 064	7 061
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,6	10,0
	Antall	7 127	7 123

$p > 0,001$ for begge hjelpetilbud

Det er ingen signifikant forskjell på hjemmetjenester ytt til rusmiddelmissbrukere i ulike bostedskontekster.

Tabell 15 viser at rusmiddelmissbrukerne har noe mindre tilstrekkelige tjenester hva gjel-

der hjelp til personlig hygiene. På andre områder er det ingen signifikant forskjell mellom tilstrekkelighetsvurderingene når det gjelder rusmiddelmissbrukere sammenlignet med andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 15
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjenestemottakere som er rusmiddel-misbrukere	Alle tjenestemottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	16 26,7 %	1 448 14,8 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	44 73,3 %	8 353 85,2 %
P<0,05				
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	7 15,6 %	850 9,9 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	38 84,4 %	7 737 90,1 %
p>0,05				
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	8 16,7 %	866 10,0 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	40 83,3 %	7 709 89,9 %
p>0,05				
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	11 20,4 %	1 283 16,6 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	43 79,6 %	6 468 83,4 %
p>0,05				
Aktivitetstiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	28 63,6 %	4 952 59,9 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	16 36,4 %	3 319 40,1 %
p>0,05				
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	27 67,5 %	4 984 60,2 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	13 32,5 %	3 299 39,8 %
p>0,05				
Sykepleie-faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	7 11,1 %	1 081 10,8 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	56 88,9 %	8 900 89,2 %
p>0,05				
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	8 18,2 %	935 11,0 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	36 81,8 %	7 564 89,0 %
p>0,05				
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	2 12,5 %	696 22,7 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	14 87,5 %	2 366 77,3 %
p>0,05				

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.6 Oppsummering og vurdering – tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud

En kan trekke fire lærdommer ut av gjennomgangen av de fire gruppene som er beskrevet her:

1. Det ser ut til å være en slags felles terskel for det funksjonsnivået som fører til at hjelpetilbud gis i dagens kommunale pleie- og omsorgstjenester, nesten uavhengig av alder og årsak. Gruppevis likner tjenestemottakerne ganske mye på hverandre når det gjelder kroppslig og mental skrøpeligheit slik det måles ved Barthelindeksen og KDV.
2. Med unntak av mennesker med psykiske lidelser (og iflg. hovedrapporten også om en bor i eget hjem sammenlignet med å bo i kommunale boliger/institusjoner) (2), er tilstrekkelighetsvurderingene når det gjelder de tjenester som ytes også nokså like gruppene imellom. Det indikerer at tjenestene *som en hovedregel* er relativt jevnt fordelt etter behov.
3. Praktisk bistand ytt til mennesker med utviklingshemning har et volum som overstiger tilsvarende tjenester til alle andre grupper i pleie- og omsorgstjenesten. Grunnene til dette bør gjøres til gjenstand for nærmere vurderinger.
4. Fordi utvalgsriteriene for hjemmeboende tjenestemottakere i denne undersøkelsen var personer som mottok *både* hjemmesykepleie og praktisk bistand, er det en viss overrepresentasjon av eldre personer blant flere av de gruppene som er beskrevet i det foregående. Dette må en ha med seg i vurderingen av resultatene.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

2 Forholdet mellom bemanning og behov i sykehjem – den nasjonale bemanningskartleggingen i 2003

Bemannings- og vakansesituasjonen ble kartlagt i de samme 73 kommunene der vi kartla tjenestemottakerne og tjenestetilbudet, gjennom en registrering av forholdet mellom planlagt bemanning og faktisk bemanning på tre vakter i løpet av et vanlig døgn (se hovedrapporten for nærmere beskrivelse) (2). Som ledd i videreføringen av den nasjonale undersøkelsen, har forskningsinstituttet NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn sett nærmere på sammenhengen mellom den pleiefaglige bemanningen i sykehjemmene på dagtid og lokale, faglige vurderinger av tilstrekkelighet til den hjelpen som beboerne får, i det samme kommuneutvalget.

2.1 Grunnbemanningen og tilstrekkelige tjenester i sykehjem – er det noen sammenheng?

2.1.1 Data og metode

Datagrunnlaget omfatter hele kommuneutvalget fra Helsetilsynets kartlegging, dvs. netto 73 kommuner og bydeler. Helsetilsynet mottok våren 2003 opplysninger fra 122 sykehjem i disse kommunene. Data om i alt 3866 tjenestemottakere i disse sykehjemmene er koplet med opplysninger fra den såkalte "personellkartleggingen".

Hva som er tilstrekkelige tjenester er undersøkt ved hjelp av spørsmål som ble besvart av den pleieren som registrerte de øvrige opplysningene om tjenestemottakerne. Spørsmålene dekket ulike hjelpeområder i sykehjemsomsorgen og lød:

Har personen i dag tilstrekkelig hjelp til...

- personlig hygiene og stell?
- mat og måltider?

- aktivitetstiltak?
- sosiale tiltak?
- sykepleiefaglig tilsyn?²

Det knytter seg flere metodeproblemer til en slik framgangsmåte. De er drøftet i hovedrapporten, kapittel 2 og 5. I hovedrapporten ble spørsmålene om tilstrekkelig hjelp først og fremst benyttet til å studere om hjelpen varierte med tjenestemottakerens helseproblem (utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, somatisk syke, aldersdemente), bosted (institusjon, kommunal bolig, eget hjem), kjønn, alder og funksjonsnivå. Analysene viste at mennesker som bor i egne hjem og personer med psykiske lidelser systematisk får sjeldnere tilstrekkelig hjelp på en rekke områder slik en lokal fagperson vurderer det - alt annet likt.

I det følgende brukes de samme dataene til å studere sammenhengen mellom *bemanning* og tjenestenes tilstrekkelighet. Da oppstår et ekstra metodeproblem, fordi det også kan være en sammenheng mellom personalressursene og kvalitetsstandardene til den som registrerer. En kan tenke seg at lav bemanning i sykehjemmet får vedkommende til å "legge listen lavere". Men en kan også tenke seg det omvendte: en benytter denne sjansen til "å si fra" og blir ekstra kritisk. Disse spørsmålene har vi dessverre ikke noe tilfredsstillende svar på.

Analyseenheten i det følgende er hele sykehjem, ikke avdelinger. Mange sykehjem har også avgitt bemanningsdata på avdelingsnivå, men dessverre ikke alle. Personalressurser er målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, iflg. turnusplan. Personalressursene er altså målt som planlagt ressursbruk i "kjernetiden" om dagen. Antall pasienter per ansatt i pleien er

2) I grunnlagsmaterialet spørres det også om tilsyn om kvelden/natten, lege-tilsyn og annet faglig tilsyn. Men siden personalressursene i det følgende skal måles som sum pleiepersonale på dagtid (se neste side), er det ikke naturlig å ha med disse spørsmålene i analysen her.

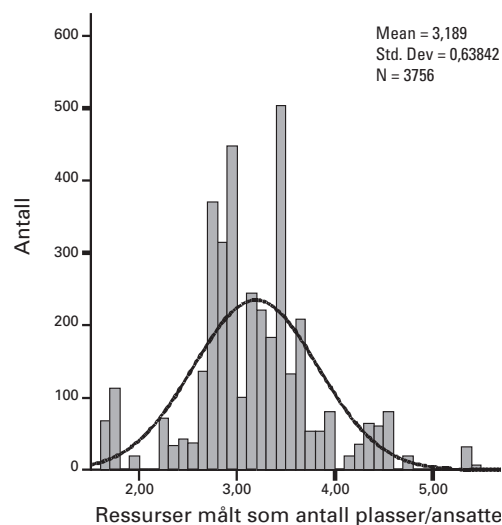
Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

målt uavhengig av stabens faglige sammensetning (antall sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, ufaglærte). Pleieressursen målt på denne måten varierer fra 1,67 til 5,50. Gjennomsnittsverdien er 3,19; medianverdien 3,12 – se Figur 1. I denne figuren betyr ”Antall” på y-aksen (den vertikale aksene) antall pasienter i materialet som bor på sykehjem som har en bemanningsressurs svarende til den en finner på x-aksen (den horisontale aksene).

Figur 1
Antall plasser i sykehjem per ansatt i pleiefaglig stilling



Analysen her er gjennomført på samme måte som i kapittel 5 i hovedrapporten (jf. tabell 5.4 der). Svarene på tilstrekkelighets-spørsmålene er først omkodet til ”tilstrekke-

lig” (= tilstrekkelig + for mye) og ”ikke tilstrekkelig” (= noe for lite + alt for lite). Fordelingen av de omkodete svarene er gjengitt i Tabell 17 i denne rapporten. De viser at andelen som anses å få tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene/stell og til mat/måltider, er hhv. 92,5 % og 94,1 %, til sosiale tiltak/aktivisering 36 %, og til sykepleiefaglig tilsyn 89,3 %, jf. også hovedrapporten, kapittel 5, der dette er drøftet nærmere (2).

I det følgende beskrives først sammenhengen mellom bemanning og tjenestetilstrekkelighet uavhengig av pasientsammensetningen i sykehjemmene. Deretter gjennomføres en analyse der en samtidig også studerer mulige effekter av ”pleietyngde” (funksjonsnivå), kjønn og alder på tilstrekkelighetsvurderingene. Funksjonsnivået er målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) (se fotnote 1 i det foregående som forklarer disse målene). Variasjoner i tjenesteytingen som bare kan tilskrives ulikt pasientgrunnlag i institusjonene (mer eller mindre hjelpetrengende pasienter), skilles altså ut fra slike som bare har med personalressursene å gjøre. Eller sagt på en annen måte: en studerer om noen av de andre faktorene i seg selv påvirker tjenestenes tilstrekkelighet, ikke bare personalressursene.

2.1.2 Resultater

Tabellen nedenfor beskriver sammenhengen mellom personalressurser og tjenestenes tilstrekkelighet i de 122 sykehjemmene uten at vi tar hensyn til beboernes hjelpebehov i analysen.

Tabell 16

Bivariat sammenheng mellom planlagte personalressurser på dagtid og om den hjelpen pasientene får på ulike områder anses som tilstrekkelig. 122 sykehjem, netto ca. 3500 pasienter).*

Type hjelp	Når hjelpen anses som tilstrekkelig: gj.sn. antall pasienter per ansatt	Når hjelpen ikke anses som tilstrekkelig: gj.sn. antall pasienter per ansatt	Forskjell i absolutte tall og prosent	Signifikansnivå (p-verdi)
Hjelp til personlig hygiene og stell	3,15	3,30	0,15 (4,8 %)	0,000
Hjelp til mat og måltider	3,15	3,19	0,04 (1,3 %)	0,407
Aktivitetstiltak	3,13	3,17	0,04 (1,3 %)	0,087
Sosiale tiltak	3,11	3,18	0,07 (2,3 %)	0,004
Sykepleiefaglig tilsyn	3,16	3,20	0,04 (1,3 %)	0,235

*) Antallet varierer mellom 3414 og 3593 avhengig av hvor mange gyldige svar som er avgitt

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tallene viser at det er en systematisk sammenheng mellom personalressurser og antatt tilstrekkelige tjenester. Gjennomsnittlig, planlagt personaltetthet er høyere når tjenestene anses som tilstrekkelige sammenlignet med når de vurderes som ikke tilstrekkelige.

Men forskjellene varierer mellom de ulike områdene for hjelp. Den er størst for hjelp til personlig hygiene og stell, der pleie-

ressursen i gjennomsnitt ligger 4,8 prosent høyere når tjenestene anses som tilstrekkelige. Men selv om denne sammenhengen virker systematisk, er den vanligvis ikke stor, og den er signifikant for bare to av de fem aspektene ved tjenestetilbudet som er undersøkt her, nemlig personlig hygiene og stell, og aktivitetstilbud. For hjelp til mat og måltider, sosiale tiltak, og for sykepleiefaglig tilsyn er sammenhengen ikke signifikant når en ikke tar hensyn til andre forhold.

Tabell 17
Har personen tilstrekkelig....?³

			Kvinner	Menn	Totalt
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	192 7,2 %	83 8,3 %	275 7,5 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	2 465 92,8 %	914 91,7 %	3 379 92,5 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	168 6,4 %	44 4,5 %	212 5,9 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent Prosent	2 457 93,6 % 81,2 %	939 95,5 % 84,1 %	3 396 94,1 % 83,6 %
Aktivitetstilbud	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	1 610 63,8 %	627 66,1 %	2 237 64,4 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	914 36,2 %	322 33,9 %	1 236 35,6 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	1 611 63,8 %	642 66,7 %	2 253 64,6 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	915 36,2 %	320 33,3 %	1 235 35,4 %
Sykepleiefaglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall Prosent	285 10,9 %	112 11,5 %	397 11,1 %
	Tilstrekkelig	Antall Prosent	1 272 87,8 %	7 843 89,5 %	9 115 89,3 %

Når vi analyserer spørsmålet om tilstrekkelige tjenester med flere forklaringsvariable i tillegg til personalressurser, finner vi indikasjoner på at det også kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi tilstrekkelige tjenestetilbud, uavhengig av hvor mye personal man setter inn. Graden av tilstrekkelig hjelp til mat og måltider ser f.eks. primært ut til å være assosiert med pasientenes funksjonsnivå, ikke pleieressursene. Det kan altså se ut som om det å hjelpe både de aller svakeste og de sprekeste med mat og måltider er en oppgave som det er vanskelig å få til på en tilfredsstillende måte, selv når det

ikke er knapt med opprettede stillinger.

2.1.3 Oppsummering

Analysene her har vist at det er en sammenheng mellom personalressurser i sykehjem (målt som antall pasienter per pleiestilling i planlagt turnus) og om de tjenestene som ytes der er tilfredsstillende, slik en fagperson i institusjonen ser det. Men selv om denne sammenhengen virker systematisk, er den vanligvis ikke stor, og den er signifikant for bare to av de fem aspektene ved tjenestetilbudet som er undersøkt her, nemlig

3) Etter ønske fra Helsetilsynet er grunn-dataene gjengitt som krystabeller med kjønn som uavhengig variabel. Forskjellene mellom kvinner og menn er stort sett små og – bortsett fra hjelp til mat og måltider – ikke signifikante. Dersom en kontrollerer for ulikheter mellom kjønnene i alder og funksjonsnivå, er ingen av forskjellene signifikante lenger.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

personlig hygiene og stell, og aktivitets-tilbud. For hjelp til mat og måltider, sosiale tiltak, og for sykepleiefaglig tilsyn er sammenhengen ikke signifikant når en ikke tar hensyn til andre forhold.

Når vi analyserer spørsmålet om tilstrekkelige tjenester med flere forklaringsvariable i tillegg til personalressurser, finner vi indikasjon på at det også kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi tilstrekkelige tjenestetilbud, uavhengig av mengden av det personalet man setter inn. Graden av tilstrekkelig hjelp til mat og måltider ser f.eks. primært ut til å være assosiert med pasientenes funksjonsnivå, ikke pleieressursene. Det kan altså se ut som om det å hjelpe både de aller svakeste og de sprekeste med mat og måltider er en oppgave som det er vanskelig å få til på en tilfredsstillende måte, selv når det ikke er knapt med opprettede stillinger.

2.2 Faktisk bemanning og vakanser i sykehjem – får det konsekvenser for den lokale vurderingen av tilstrekkeligheten ved tjenestetilbudet?

Spørsmålet som skal belyses her er sammenhengen mellom lokale vurderinger av tilstrekkeligheten av tjenestene og den faktiske bemanningen. En del sykehjem har problemer med å skaffe tilveie tilstrekkelig personale. I Helsetilsynets kartlegging fra 2003 ble det påvist at 3,7 % av stillingene på dagvakt i sykehjem var ubemannet på undersøkelsestidspunktet (2). Det var størst vakanse i sykepleierstillingene (22 %), dernest blant hjelpepleierne (15 %). Sykehjemmene kompenserte for dette ved å benytte flere ufaglærte enn det er hjemler for. Vakanseproblemet var størst i Oslo og minst i Agder-fylkene. På kvelds- og nattetid er problemet mindre. Problemet er også mindre i hjemmesykepleien.

Hvordan vurderes tjenestenes tilstrekkelighet når en legger den faktiske bemanningen til grunn? Anses den som lik eller dårligere sammenliknet med når den måles mot den planlagte ressursbruken?

I det følgende analyseres spørsmålet i tre trinn. Først vurderes tilstrekkeligheten av tjenestene sett i forhold til størrelsen av vakanse i alt sykehjems-personale som deltar i pleien. Deretter vurderes tilstrekkeligheten i forhold til den faktiske bemanningen i hver av de tre store yrkesgruppene i sykehjem: sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og ufaglærte. Det kan jo tenkes at varierende

faktisk bemanning i hver av disse gruppene kan få ulike konsekvenser for tilstrekkelighetsvurderingene. Betyr det mer at det er knapt med sykepleiere enn at det er knapt med hjelpepleiere? Til slutt gjennomføres de samme analysene når en korreterer for forskjeller i pasientsammensetningen i institusjonene.

2.2.1 Data og metoder

Datagrunnlaget omfatter hele kommuneutvalget fra Helsetilsynets kartlegging, dvs. netto 73 kommuner og bydeler.

Analyseenheten i det følgende er hele sykehjem, ikke avdelinger. Personalressurser er målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, ut fra hvor mange stillinger som var bemannet på undersøkelsesdagen. Personalressursene er altså målt som faktisk ressursbruk i "kjernetiden" om dagen. Antall pasienter per ansatt i pleien er målt både samlet (uavhengig av stabens faglige sammensetning) og for den enkelte yrkesgruppe (antall pasienter per sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider, ufaglært).

I det følgende beskrives først sammenhengen mellom bemanning og tjenestetilstrekkelighet uavhengig av pasientsammensetningen i sykehjemmene. Deretter gjennomføres en analyse der en samtidig også vurderer mulige effekter av "pleietyngde" (funksjonsnivå) på tilstrekkelighetsvurderingene. Funksjonsnivået er målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) (se fotnote 1 innledningsvis for en nærmere forklaring).

I det følgende benyttes også et mål på grad av vakanse. Det deler sykehjemmene i tre grupper: de som hadde ekstrabemanning (18 %), de som hadde en faktisk bemanning som var identisk med turnus (46 %), og de som hadde varierende grad av underbemanning (vakanser) på undersøkelsesdagen (37 %). Vakanseandelen varierte fra 2 % til 40 %.

Spørsmålet som skal belyses i dette kapitlet er sammenhengen mellom lokale vurderinger av tilstrekkeligheten av tjenestene og den *faktiske* bemanningen. En del sykehjem har problemer med å skaffe tilveie tilstrekkelig personale. I Helsetilsynets kartlegging fra 2003 ble det påvist at 3,7 % av stillingene på dagvakt i sykehjem var ubemannet på undersøkelsestidspunktet (2). Det var størst vakanse i sykepleierstillingene (22 %), dernest blant hjelpepleierne (15 %).

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Sykehjemmene kompenserte for dette ved å benytte flere ufaglærte enn det er hjemler for.

2.2.2 Resultater

Tabellen viser noe overraskende at det er ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderingene og personalressursene i forhold til vakanse-

profil den aktuelle undersøkelsesdagen. Enten sykehjemmene har ekstrabemanning, turnusbemanning eller er underbemannet, vurderes tilstrekkeligheten av tjenestene relativt likt på de ulike områdene. Tendensen er snarere at en ved de underbemannede sykehjemmene oftere mener at en yter tilstrekkelige tjenester, med unntak av sykepleiefaglig tilsyn.

Tabell 18

Vurderinger av tilstrekkelighet for tre grupper av sykehjem med ulik vakanseprofil på undersøkelsesdagen

Omfang av vakanse undersøkelsesdagen – tre grupper	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrekkelig aktivitets-tilbud	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrekkelig sosial aktivitet	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrekkelig sykepleiefaglig tilsyn
Sykehjem med ekstrabemanning	93,1	92,8	33,5	36,7	90,9
Sykehjem med turnusbemanning	92,0	94,4	29,8	28,7	85,6
Sykehjem med underbemanning	95,0	07,7	39,7	39,3	97,4
Total	93,3	95,3	34,1	34,0	87,2

$p > 0,05$ for alle bivarierte sammenhenger

En annen måte å vurdere spørsmålet på, er å se på assosiasjonen mellom den faktiske bemanningen uttrykt som pasienter per pleierstilling (alle yrkesgrupper sett under ett) og tilstrekkelighetsvurderingene. Neste tabell viser de såkalte "korrelasjonene" mellom tilstrekkelighetsvurderingene på den ene side og den faktiske bemanningen uttrykt som antall pasienter per bemannet stilling.

Tabell 19 bekrefter det samme funnet: det er ingen statistisk signifikant assosiasjon ("korrelasjon") mellom tilstrekkelighetsvurderingene og den samlede, faktiske bemanningen.

Spiller det noen rolle om det først og fremst er sykepleiere det skorter på? I tabell 20 differensieres det mellom faktisk bemanning i de ulike stillingskategoriene (sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider og ufaglærte) og tilstrekkelighetsvurderingene.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 19

Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling

Correlations			Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitetstilbud	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sosial aktivitet	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleierfaglig hjelp	Antall pasienter per pleier, som faktisk var på dagvakt (gj.snitt for de inst med flere avd.)
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 85	,739** ,000 85	,255* ,018 85	,205 ,060 85	,471** ,000 85	-,002 ,985 85	
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739** ,000 85	1 85	,233* ,032 85	,172 ,116 85	,363** ,001 85	,140 ,200 85	
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitetstilbud	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,255* ,018 85	,233* ,032 85	1 85	,907** ,000 85	,294** ,006 85	,076 ,490 85	
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med sosial aktivitet	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205 ,060 85	,172 ,116 85	,907** ,000 85	1 85	,219* ,044 85	,093 ,398 85	
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleierfaglig hjelp	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,471** ,000 85	,363** ,001 85	,294** ,006 85	,219* ,044 85	1 85	-,095 ,386 85	
Antall pasienter per pleier, som faktisk var på dagvakt (gj. snitt for de inst. med flere avd.)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,002 ,985 85	,140 ,200 85	,076 ,490 85	,093 ,398 85	-,095 ,386 85	1 85	

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

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

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 20

Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling fordelt på ulike stillingskategorier

Correlations		Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig personlig hygiene	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitets-tilbud	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sosial aktivitet	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleier-faglig hjelp	Pasienter per sykepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pasienter per vernepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pasienter per hjelpepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pasienter per ufaglært pleier, ifølge hvem faktisk var på jobb
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 85	,739** ,000 85	,255* ,018 85	,205 ,060 85	,471** ,000 85	-,152 ,165 85	,008 ,939 85	,066 ,548 85	-,007 ,949 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739** ,000 85	1 85	,233* ,032 85	,172 ,116 85	,363** ,001 85	-,059 ,594 85	,108 ,324 85	,113 ,304 85	,081 ,459 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,255* ,018 85	,233* ,032 85	1 85	,907** ,000 85	,294** ,006 85	-,126 ,250 85	-,034 ,759 85	,172 ,115 85	-,031 ,781 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205 ,060 85	,172 ,116 85	,907** ,000 85	1 85	,219* ,044 85	-,090 ,414 85	-,075 ,495 85	,158 ,149 85	-,065 ,556 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,471** ,000 85	,363** ,001 85	,294** ,006 85	,219* ,044 85	1 85	,022 ,841 85	,094 ,392 85	,154 ,160 85	,073 ,50785
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,152 ,165 85	-,059 ,594 85	-,126 ,250 85	-,090 ,414 85	,022 ,841 85	1 85	,242* ,026 85	,171 ,118 85	,161 ,140 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,008 ,939 85	,108 ,324 85	,172 ,116 85	-,075 ,495 85	,242* ,026 85	1 85	1 85	,365** ,001 85	,157 ,150 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,066 ,548 85	,113 ,304 85	,172 ,116 85	,158 ,149 85	,154 ,160 85	,365** ,001 85	1 85	1 85	,433** ,000 85
	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,007 ,949 85	,081 ,459 85	-,031 ,781 85	-,065 ,556 85	,073 ,507 85	,161 ,140 85	,365** ,001 85	1 85	1 85

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

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Det er heller ikke statistisk signifikant sammenheng mellom hvilke yrkesgrupper det evt. skorter på og de lokale tilstrekkelighetsvurderingene. Men en ser at det er en sammenheng mellom omfanget av yrkesgruppene i seg selv. Det er en klar ”hopningseffekt”: god bemanning av én kategori, henger ofte sammen med god bemanning av en annen. Resultatet av denne analysen bekrefter det samme funnet: det er ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderingene og den samlede, faktiske bemanningen. Det er heller ikke statistisk signifikant sammenheng mellom hvilke yrkesgrupper det evt. skorter på og de lokale vurderingene av tilstrekkelighet. Men en ser at det er en sammenheng mellom omfanget av yrkesgruppene i seg selv. Det er en klar ”hopningseffekt”: god bemanning av én kategori, henger ofte sammen med god bemanning av en annen.

Til slutt har vi også undersøkt om mangelen på sammenheng mellom faktisk bemanning og tilstrekkelige tjenester holder seg også når en korrigerer for pasientsammensetning i sykehjemmene, uttrykt gjennom Barthelindeksen og KDV. Dette er gjort i form av en såkalt lineær regresjonsanalyse (tallene ikke vist her). Den entydige konklusjonen er også her at selv om en tar hensyn til ulik pasientsammensetning i sykehjemmene, er resultatene de samme som nevnt over.

2.2.3 Oppsummering – forholdet mellom bemanning og vurderinger av tilstrekkelige tjenester

Det er altså en sammenheng mellom grunnbemanningen i sykehjemmene og de lokale tilstrekkelighetsvurderingene, men denne sammenhengen gjenfinnes ikke når en tar for seg den faktiske bemanningen på den dagen undersøkelsen ble foretatt (en torsdag i februar 2003).

Disse funnene kan ha flere fortolkninger. Én er at metoden ikke er god nok: en får ikke fram de reelle kvalitetsforskjellene i pleien når personalressursene varierer ved å be lokale fagpersoner om tilstrekkelighetsvurderinger. En annen forklaring kan være at mangelen på personale undersøkelsesdagen var relativt forbigående, ikke et permanent fenomen som preget tjenestene som de ansatte ytet. Det er det først og fremst grunnbemanningen som gjør. En tredje kan være at de som var i arbeid strakk seg mye for å gi god pleie, på tross av færre hender enn planlagt.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

3 Videreføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: tall og refleksjoner rundt tre temaer

Som ledd i oppfølgingen av Helsetilsynets kartlegging av pleie- og omsorgstjenestene i 2003 (2), belyses tre ulike temaer i dette avsnittet:

- Klager på tjenestetilbudet: antall, klage-tema, oppfølging av klager.
- Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet en permanent/varig løsning?
- Kommunenes utredning og behandling av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester.

3.1 Materiale

Utgangspunktet for analysene i det følgende er situasjonen i de såkalte "LAG-kommunene", dvs. kommuneutvalget som NOVA-undersøkelsen "Livsløp, aldring og generasjon" ("LAG") henter sitt materiale fra⁴. LAG studerer bl.a. omsorgstjenestene i disse kommunene, og NOVA-forskere besøkte 21 av dem i 2004. Ledere/mellomledere i pleie- og omsorgstjenesten ble intervjuet, og alle sykehjem besøkt. Informasjoner fra disse besøkene er grunnlaget for å belyse de tre spørsmålene over.

"LAG-kommunene" omfatter alt i alt 30 kommuner og bydel. Seks av bydelene ligger i Oslo, men i LAGs omsorgstjenestestudie er bare to av disse med: Grünerløkka og Frogner. Til sammen opererer vi derfor her totalt med 26 enheter. I skrivende stund

er fire kommuner og én Oslobydel ennå ikke besøkt. Det vil si at erfaringene som ligger til grunn for vurderingene i det følgende stammer fra 21 kommuner/bydeler. Av disse enhetene er syv små kommuner (under 3000 innbyggere), fem er mellomstore (5-10 000 innbyggere), seks er større (10- 25 000 innbyggere, stort sett småbyer), mens tre er storbyer.

I tillegg til de to Oslobydelene utgjør totalutvalget tre kommuner i Akershus, syv kommuner i Agder-fylkene, syv kommuner i Nord-Trøndelag og syv kommuner i Troms.

Kommuneutvalget er på ingen måte representativt, og det er lite. Men det er satt sammen slik at det alt i alt belyser forholdene i ulike landsdeler og i varierende kommunetypen (storby, småby, mellomstore kommuner og småkommuner). Til sammen kan de derfor gi realistiske indikasjoner på situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten i Norge.

Ved kommunebesøkene er altså alle ledere av institusjoner og hjemmetjenester intervjuet, pluss etatsleder for pleie- og omsorg, der slike (ennå) fins. 10 av de 21 besøkte kommunene er per i dag organisert etter en såkalt "tonivåmodell", dvs. med "resultatenheter" (for eksempel et sykehjem, en hjemmetjeneste, skole eller barnehage) med tilhørende virksomhetsledere som rapporterer direkte til rådmannen⁵.

Til sammen er 64 ledere intervjuet til nå. Der tjenester for utviklingshemmede og for psykiatiske pasienter er egne enheter, er ledere der ikke intervjuet.

Temaer for intervjuene er kommunenes topografi, pleie- og omsorgstjenestens organisering og oppbygning, utbygging de

4) LAG-undersøkelsen belyser familie- og generasjonsforhold, arbeid og pensjonering, mestrings og livskvalitet, helse og omsorg i 30 kommuner i fire ulike landsdeler. Datagrunnlaget er telefonintervjuer og spørreskjemaer til ca 5500 individer 40 år og over. En delstudie av pleie- og omsorgstjenestene i de samme kommunene er også i gang, med vekt på ressursbruk og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten i kommuner med ulike tjenesteprofiler. Det er denne delstudien Helsetilsynets videreføring av pleie- og omsorgskartleggingen er knyttet til.

5) Etatsorganiseringen er med andre ord oppløst i disse kommunene. De har ikke en pleie- og omsorgstjeneste med en felles leder. I større kommuner kan det imidlertid være en assisterende rådmann eller kommunaldirektør som bl.a. overvåker økonomi og drift i resultatenheter som utfører pleie- og omsorgstjenester.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

siste år (Handlingsplan for eldreomsorgen), personalressurser, rekruttering, sykefravær, kjøreavstander og kjøreforhold i hjemme-sykepleien, brukerundersøkelser, budsjett og regnskap. Alle sykehjem besøkes, og der samles informasjon om enhetens struktur, funksjon, økonomi og kvalitet. Tilsvarende opplysninger samles også om hjemmetjenesten.

I intervjuer med ledere er informasjon om Helsetilsynets temaer samlet inn ved

- Å spørre alle ledere som behandler klager, om antallet klager på tjenestetilbudet i 2003 og inntil intervjuetidspunktet i 2004, samt klagetema og utfall av klager
- Å spørre sykehjemsleder (evt. avdelingsledere i større institusjoner) om personer under 67 år i institusjonen: antall, hvorfor de er der, og om sykehjemmet er en permanent/varig løsning

- Å be leder av hjemmetjenesten beskrive prosessene rundt utredning og behandling av søknader/revisjon av søknader ved til-delning av helse- og sosialtjenester til personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester.

3.2 Klager på tjenestetilbudet: antall, klagetema, oppfølging av klager

Med klage menes her formell klage framsatt i skriftlig eller muntlig form overfor personale med ansvar for klagehåndtering. Klage kan gjelde tjenester hjemlet både i kommunehelsetjenesteloven og i sosialtjenesteloven. Vanlige problemer eller konflikter som forekommer i den daglige driften og som løses der (evt. ikke løses, men uten at det fremmes formell klage), er ikke klager. Enten formelle klager sluttbehandles i kommunen eller videresendes fylkesmannen, regnes de med i omtalen her.

Tabell 21

Antall klager i 2003 og 2004 etter kommunestørrelse

	2003	2004*)
Små kommuner (n=7)	3	2
Mellomstore kommuner (n=5)	8	7
Større kommuner (n=6)	16	10
Storbyer (n=3)**)	12	11
ALLE (n=21)	39	30
*) Første tre kvartaler		
**) Her er bare fire bydeler/distrikter undersøkt		

Antallet klager er lavt, og nivået er omtrent det samme for de to årene som er undersøkt. I enkelte mindre og mellomstore kommuner har en ikke hatt klager på pleie- og omsorgstjenester i det hele tatt i 2003, og heller ikke fram til intervjuetidspunktet i 2004.

I en undersøkelse av to mellomstore og én større kommune gjennomført av Fylkesmannen i Vestfold, ligger antallet klager på pleie- og omsorgstjenester på én per 3000 innbyggere per år, antallet "beklagelser" (en

betegnelse på klagesaker som blir løst i kommunene, og som klager derfor ikke sender videre til behandling hos fylkesmann/fylkeslege) på ca én per 2000 (3). Det er et nivå som er sammenlignbart med hva vi finner i LAG-kommunene. Vi finner ikke klare indikasjoner på at klageomfanget varierer med kommunestørrelse; nivået ser ut til å være omtrent det samme når en tar hensyn til folketallet i de få kommunene som er undersøkt her.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 22
Tema for klagen, årene 2003-2004 sett under ett

Tema	Antall
Avslag på sykehjemsplass	21
Omfang av praktisk bistand	20
Størrelse på vederlag i institusjon	8
Omfang av brukerstyrt personlig assistent	8
Avslag/størrelse omsorgslønn	7
Medisinsk behandling	2
Forvaltning av pasientmidler i sykehjem	2
Ulykke i sykehjem	1
SUM	69

De vanligste temaene for klager er avslag på søknad om sykehjemsplass, størrelsen på vederlag i institusjoner, antall timer som innvilges til praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) eller omsorgslønn. Felles for disse er at de handler om omfanget av tjenester. Klager på den faglige kvaliteten ved tjenestene forekommer også, men de er ikke hyppige.

54 av de 69 klagen ble i følge våre informanter videresendt fylkesmannen/fylkeslegen.

Klageren fikk medhold – helt eller delvis – i om lag ett av fire tilfeller.

Konklusjon

Informasjonsgrunnlaget her er begrenset (21 kommuner/bydeler). Likevel er resultatene såpass entydige at de trolig gir treffende indikasjoner angående klagefenomenet i pleie- og omsorgstjenesten. Antallet klager etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven ser ut til å ha et begrenset omfang. Grunnlaget for påstanden er imidlertid muntlige kilder, arkivmateriale er ikke undersøkt, verken i kommuneadministrasjonen eller hos regionale statlige

tilsynsmyndigheter. Men en annen kartlegging ved ett fylkesmannembete (jf. fotnote 4 foran) peker i samme retning som funnene her. Hvis lite klager er et generelt trekk, kan dette tolkes på flere måter. Én tolkning er at tjenestene stort sett oppleves som tilfredsstillende. En annen er at tjenestemottakerne – evt. også de pårørende – er redde for å klage. En tredje kan være at disse gruppene ikke er oppmerksomme på – og heller ikke gjøres oppmerksomme på – klagemulighetene. Disse alternative forklaringene utelukker ikke hverandre. De kan eksistere side om side, også i samme kommune.

Temaet for klagen handler nesten alltid om omfanget av en tjeneste. Tjenestemottakerne – i noen tilfeller de pårørende – synes at de får for lite (for eksempel for sjelden og for få timer med hjemmehjelp - eller hjemmetjenester når de ønsker sykehjemsplass). Klager på tjenestekvalitet er sjelden. I bare en mindre andel av alle de sakene som videresendes fylkesmann/fylkeslege gis klageren medhold.

3.3 Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet en permanent/varig løsning?

Våre informanter forteller om et lavt antall personer under 67 år som oppholder seg på sykehjem ved intervjuetidspunktet. I Helse-tilsynets kartlegging fra 2003 var antallet 157 av i alt 3830 sykehjemspasienter, dvs. 4 % (2). I gjennomsnitt er dette ca. to per kommune. Det stemmer godt med tallene som ble oppgitt ved kommunebesøkene i 2004. Flere sykehjem har ingen pasienter under 67 år, men de kan ha hatt det én eller flere ganger i løpet av de senere årene. De fleste har én til to; det maksimale tallet er fire på én og samme institusjon. Denne hadde 111 plasser.

Datainnsamlingen fra 2003 gir en pekepinn om hvem disse tjenestemottakerne er, og hvordan de har det:

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Tabell 23

Personer under 67 år i sykehjem. Kjønn, alder, funksjonsnivå

	Tjenestemottakere i sykehjem <67 år	Tjenestemottakere i sykehjem >67 år
Andel kvinner	44 %	73 %
Gjennomsnittsalder	58 år	85 år
Barthels ADL-indeks (gj.sn.)	7,5	8,2
KDV-skåre (gj.sn.)	9,7	10,2

Tabellen viser at blant tjenestemottakere under 67 år som er i sykehjem er kjønnsfordelingen ganske lik, på tross av at gjennomsnittsalderen er relativt høy. Spredningen i alder er fra 19 til 66 år, men halvparten er likevel 60 år eller mer. Bare 2 % er under 30 år; 5 % er under 40 år og 20 % under 50 år. Fysisk sett er sykehjemspasienter under 67 år noe skrøpeligere enn gjennomsnittet for sykehjemspasienter (Barthels ADL-indeks), mens de mentalt er mindre svekket (KDV-skåre) (se fotnote 1 innledningsvis).

Ser en på hovedgrunnen til hjelpebehovet hos personer under 67 år som oppholder seg i sykehjem i 2003, er de fire største gruppene hjerneslag (19 %), psykisk lidelse (16 %), følgetilstand etter omfattende skade (14 %) og (presenil) demens (14 %). Antallet personer med multipel sklerose (7 %) og psykisk utviklingshemning (7 %) er også merkbart.

De mest hjelpetrengende sykehjemspasientene under 67 år er personer med

multipel sklerose (dette er de desidert skrøpeligste av alle sykehjemspasienter, gjennomsnittlig Barthelindeks er 2,4), dernest de med demens (Barthel 5,5) og med omfattende skader (Barthel 6,7). Også de med sjeldnere tilstander som ikke fanges opp av undersøkelsens forenklede diagnoseliste er svært skrøpelige (Barthel 4,8). I kartleggingen fra 2003 var gjennomsnittlig Barthelindeks for sykehjemspasienter 8,1. Det svarer til et menneske som ikke er i stand til å gå, og trenger ulike grader av hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er inkontinent (2).

Yngre sykehjemspasienter er altså skrøpeligere enn dette, og de gruppene som er nevnt over, vil vanligvis være fullstendig avhengig av hjelp i alle disse funksjonene.

Med to viktige unntak får personer i sykehjem over og under 67 år tjenester som anses tilstrekkelige i noenlunde samme grad.

Tabellen nedenfor viser dette:

Tabell 24

Andel som får tilstrekkelige tjenester på syv ulike områder. Tjenestemottakere under og over 67 år

Hjelpeområde	Tjenestemottakere i sykehjem <67 år	Tjenestemottakere i sykehjem >67 år
Personlig hygiene	95 %	92 %
Tilsyn kveld/natt	91 %	92 %
Mat og måltider	97 %	94 %
Aktivitetstiltak	26 %	36 %
Sosiale tiltak	25 %	36 %
Sykepleietilsyn	88 %	89 %
Legetilsyn	86 %	90 %

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Det er små forskjeller på de fleste områder, og de kan gå begge veier. Men på to områder er forskjellene større og statistisk signifikante, og de gjelder aktivitetstiltak og sosiale tiltak.

Pasientgruppen under 67 år i sykehjem anses sjeldnere å få tilstrekkelig hjelp til aktivisering og sosiale tiltak enn andre. Andelen er faktisk ganske liten, rundt 25 %.

Slik våre informanter beskriver det, kan man litt forenklet si at flertallet av sykehjemspasientene <67 år er der midlertidig - mens de rehabiliteres, eller mens man utarbeider andre løsninger, vanligvis en tilrettelagt bolig/omsorgsbolig. Det fins unntak fra denne hovedregelen. I én bykommune hadde man valgt å la en post ved det nye sykehjemmet være langtidsplasser for psykiatriske pasienter, altså et slags kommunalt psykiatrisk sykehjem/DPS. Flere av disse pasientene var under 67 år gamle. I en annen, stor bykommune hadde fire pasienter under 67 år til slutt fått et tilbud i sykehjem etter at en hadde forsøkt flere andre bo-alternativer som ikke fungerte. Faglig sett mente en at sykehjemmet tross alt var den beste løsningen, selv om den ikke var ideell.

Noen personer under 67 ønsker å forbli i sykehjem, selv om de får andre tilbud. I følge sykehjemslederne virker det som om skepsis til utflytting fra sykehjem til bolig er vanlig både hos pasienter under 67 og deres pårørende. Dette kan også være tilfellet med de helt unge pasientene. I de fleste tilfeller overvinnes skepsisen, og tjenestemottakerne/familien blir fornøyde etter hvert som de ser at tilbudet i egen bolig fungerer godt. En avtale om "åpen retur" til sykehjemmet kan bidra til at tjenestemottakere våger å ta skrittet ut av sykehjemmet.

Dette hadde bl.a. vært tilfellet med to ungdommer fra LAG-kommuner. Begge hadde store skader etter henholdsvis en trafikkulykke og en arbeidsulykke.

I en annen kommune beskrev en sykehjemsleder et tilfelle der en var usikker på om en pasient i 50-årene burde forlate sykehjemmet. Vedkommende hadde vært sterkt alkoholisert og tatt inn institusjonen i en meget forkommen tilstand. I løpet av noen måneder hadde han kommet seg, var nå oppegående og aktiv i institusjonslivet. Han drakk øl en gang i måneden når trygden kom, men var ellers edru. Han hadde brutt med sitt gamle miljø og "fått smaken på det gode liv", som sykehjemsleder sa det. Hun engstet seg for

at mannen igjen ville gli inn i byens rusmiljø om han for eksempel fikk en omsorgsbolig. Foreløpig trengte han sykehjemmet som en slags beskyttelse, mente hun.

Konklusjon

Alt i alt utgjør personer under 67 år en liten andel av sykehjemspasientene. Slik sykehjemslederne ser det, er det vanligvis gode faglige grunner til at de er der, for kortere eller lengre tid. Det er meget få unge mennesker i sykehjem, 80 % av de under 67 år er mer enn 50, og bare 2 % av dem (tre personer av i alt nesten 3900 undersøkte sykehjemspasienter, dvs. 0,08 %) er under 30 år. Mange er svært, svært skrøpelige, og noen ønsker å bli, selv om de får tilbud om annen bolig. For noen få kan dette, iflg. lederne, alt i alt også være den beste løsningen. Det største problemet ved sykehjemsoppholdet for pasientgruppen <67 år ser ut til å være et utilfredsstillende tilbud når det gjelder aktivisering og sosial kontakt⁶.

3.4 Kommunenes utredning og behandling av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester

Dette temaet har det vært vanskelig å belyse. Hovedgrunnen er at intervjuene har en begrenset tidsramme, og det er mange temaer som skal belyses og informasjonen samles. Det viste seg å være krevende å få et differensiert bilde av utredning og behandling av søknader fra personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester. Det kunne ta lang tid å løfte alle detaljer fram.

En annen grunn er at det hadde vært ønskelig med informasjon også fra tjenestemottakerne. Hvordan har *de* opplevd tildelingsprosessene? Ville de ulike bildene vi da hadde fått vært sammenfallende eller ulike?

En tredje grunn er organiseringen av selve tildelingsprosessen. I de tre storkommunene og i to av de andre benytter den såkalte "bestiller-utfører-modellen". Foreløpig har bestillerkontorer ikke vært kontaktet under kommunebesøkene. Følgelig mangler førstehånds informasjon på dette området fra fem (by)kommuner.

Beskrivelsene til de intervjuede lederne gir inntrykk av at det ikke eksisterer vesentlige

6) En foreløpig undersøkelse av situasjonen til svært skrøpelig tjenestemottakere under 67 år (Barthelindeks under 7) viser at de som bor i sykehjem har noe oftere tilstrekkelig praktisk hjelp, mens personer i for eksempel omsorgsboliger oftere har tilstrekkelig hjelp til aktivisering og sosial kontakt. Slik omsorgsboliger og sykehjem fungerer i dag, kan det se ut som om de har sine styrker og svakheter på ulike områder. Jf. for øvrig hovedrapporten: "Rapport fra Helsetilsynet 10/2003", tabell 5.4 med kommentarer.

Del I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVA's analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

problemer når det gjelder tildelingsprosessen til den aktuelle gruppen av tjenestemottakere.

Dette gjør en uavhengig observatør litt usikker. Det store flertallet av lederne i hjemmetjenesten (87 %) gir uttrykk for at vedtak om hjemmetjenester til personer med sammensatte, stor hjelpebehov fattes på bakgrunn av konklusjoner trukket av et team - vanligvis bestående av hjemmetjenesteleder, fysioterapeut/ergoterapeut og lege, evt. med støtte av spesialisthelsetjenesten. De fleste vedtak innebærer en viss fleksibilitet, slik at en ikke er nødt til å fatte stadig nye ved mindre endringer av tjenestebehovet. De færreste gjennomfører rutinemessige revurderinger, men foretar slike først om det oppstår større endringer i tjenestebehovet. seks av ti tilfeller utformer en også individuell plan.

DEL II

TJENESTEMOTTAKERE, BEHOV OG TJENESTETILBUD – Helsetilsynets vurdering av resultatene av NOVAs analyser

1 Bakgrunn for å videreføre den nasjonale kartleggingen

Hovedfunnene fra den nasjonale kartleggingen i pleie- og omsorgstjenesten som Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003, viste at tjenestemottakerne i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i all hovedsak får et tilstrekkelig tjenestetilbud; funnene var basert på informasjon og vurderinger som fagpersoner i kommunene hadde fylt ut i et registreringsskjema (2).

Noen av funnene bekymret Helsetilsynet, og vi valgte derfor å gi NOVA i oppdrag å analysere deler av det innsamlede datamaterialet i tråd med det som er presentert i del I av den foreliggende rapporten. Analysene har blant annet hatt som siktemål å få mer kunnskap om de tjenestemottakerne som i følge hovedrapporten så ut til å få et mindre tilstrekkelig tjenestetilbud slik fagpersonene vurderte det.

Hovedrapporten presenterte i hovedsak gjennomsnittsmål på de ulike variablene. På et så vidt stort materiale vurderte vi det imidlertid slik at gjennomsnittsmål muligens kunne tilsløre eventuell spredning i resultatene for enkelte grupper av tjenestemottakere; for tilsynsmyndigheten er det av stor betydning å ha kunnskap om små og marginale grupper av tjenestemottakere. Vi ønsket derfor å undersøke om bildet som var tegnet gjennom hovedrapporten, var gyldig også for mindre grupper av tjenestemottakere. De fire undergruppene i materialet vi ønsket å se nærmere på, var tjenestemottakere som er under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og tjenestemottakere som er rusmiddelmissbrukere.

Tjenestemottakere under 67 år var aktuelle av flere grunner. Den største andelen av denne gruppen mottar hjemmebaserte

tjenester, og undersøkelsen viste at de som er sterkt hjelpetrengende og bor i sin egen opprinnelige bolig, fikk mindre tilstrekkelige tjenester enn tjenestemottakere i omsorgsboliger slik fagpersonene vurderte det (2). Videre har myndighetene gjennom flere år rettet oppmerksomheten mot de under 67 år som bor i syke- og aldershjem, og vi ønsket å benytte anledningen til å få beskrevet denne gruppen nærmere. Hovedrapporten konkluderte også med at mennesker med psykiske lidelser ikke fikk tilstrekkelig tjenestetilbud på noen av de områdene som ble undersøkt (2). Vi anså analysene som nyttige som bakgrunnsmateriale i forbindelse med landsomfattende tilsyn både i 2004 og i 2005.

Hensikten med å koble bemanningsdataene og data om tjenestemottakere i sykehjem (del I, kapittel 2) var å belyse problemstillingen om behovsdekning nærmere på et mer detaljert nivå.

Oppdraget til NOVA omfattet også innsamling av informasjon om tre utvalgte tema i tilknytning kommunebesøk i 21 av de 73 kommunene/bydelene som deltok i Helsetilsynets kartlegging. Helsetilsynet gav sin godkjenning til at grunnlagsmaterialet fra kartleggingen kunne benyttes i forbindelse med intervjuer av ledere i pleie- og omsorgstjenesten i disse kommunene. De tre temaene Helsetilsynet bad NOVA om å belyse i forbindelse med kommunebesøkene var (Del I kap.3):

- Kommunenes saksbehandling ved tildeling av tjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, langvarige hjelpebehov.
- Klager på tjenestetilbudet: omfang, klagetema, oppfølging av klager.

- Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet permanent/varig løsning?

For Statens helsetilsyn har denne type informasjon særlig verdi som supplement til egne tilsynserfaringer i tilknytning til områdeovervåking på pleie- og omsorgsfeltet; med andre ord når vi vil si noe overordnet om tilstanden i pleie- og omsorgstjenesten og som grunnlag for prioritering av eventuelle videre tilsynsaktiviteter innen dette tjenestområdet

2 Helsetilsynets vurderinger av resultatene

Statens helsetilsyn mener at resultatet av analysene (del I kapittel 1 og 2) bekrefter og forsterker funn fra hovedrapporten (2). Funnene som er basert på de vurderingene og registreringene fagpersonene i kommunene har gjort, indikerer at tjenestene i all hovedsak blir fordelt etter behov; unntaket er tjenestemottakere med psykiske lidelser og sterkt hjelpetrengende tjenestemottakere som bor i egen opprinnelig bolig. Etter Helsetilsynets vurdering bidrar analysene som blir presentert i den foreliggende rapporten, til å nyansere og utdype bildet av behov og trekk ved tjenestetilbudet i de fire undergruppene av tjenestemottakere.

De fire undergruppene som er analysert i del I av denne rapporten, kan sies å representere brukergrupper som særlig setter det kommunale tjenesteapparatet på strekk. Fordi dette er personer med behov for tjenester med et annet innhold og en annen innretning enn flertallet av tjenestemottakerne i sektoren, kan disse brukergruppene utgjøre en spesiell utfordring for kommunene når de skal lage individuelle løsninger.

Videre i dette kapittelet trekker Helsetilsynet fram enkelte funn fra NOVAs analyser som etter vårt syn kan synliggjøre spesielt sårbare trekk ved tjenestetilbudet. Vi kommer også tilbake til funn fra disse analysene i del IV der det alt materialet som er presentert i del I og II, inngår i en samlet oppsummering og vurdering av situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

2.1 De fire undergruppene av tjenestemottakere, deres behov og tjenestetilbud – noen kommentarer

Tjenestemottakere under 67 år

Tjenestetilbudet til alle tjenestemottakere under 67 år blir oftere vurdert som mer utilstrekkelig enn tilbudet til andre grupper. Det ser i hovedsak ut til å henge sammen med at de har andre medisinske og helsemessige behov og bor andre steder enn tjenestemottakere over 67 år.

Medfødte funksjonshemninger, skader, multippel sklerose og rusmiddelmisbruk er oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år. De under 67 år bor også oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard (35 %) og i sitt eget opprinnelige hjem (40 %). Drøyt 8 % (167 personer) oppholdt seg i syke- og aldershjem på undersøkelsestidspunktet (februar/mars 2003). Halvparten var over 60 år, men spredningen i alder var 19 til 66 år. De under 67 år som oppholdt seg i sykehjem, hadde et funksjonsnivå som tilsier at de ikke kan gå, og er helt avhengig av hjelp til personlig stell og hygiene, til å kle seg og til å spise.

Helsetilsynet ønsket å få vite mer om denne gruppen både gjennom nye analyser av materialet fra den nasjonale undersøkelsen og gjennom informasjon som NOVA samlet inn i intervjuer med 64 ledere i pleie- og omsorgstjenesten i 21 av de 73 kommunene/bydelene (del I kapittel 3).

I de 21 kommunene/bydelene som NOVA har besøkt, forteller lederne i sykehjemmene at de under 67 år stort sett oppholder seg ved institusjonen midlertidig; det vil si i forbindelse med rehabilitering eller mens

andre tilbud i hjemmebaserte tjenester er under etablering, vanligvis i en eller annen form for tilrettelagt bolig. I følge sykehjemslederne var det gode faglige grunner for sykehjemsopphold, og i enkelte tilfeller ønsket brukerne å bli værende i institusjonen selv om de fikk andre tilbud. Hvor mange av tjenestemottakerne som ønsket et hjemmebasert tjenestetilbud framfor institusjon, vet vi ikke. Som det framgår, er kun ledere av sykehjemmene i utvalget intervjuet. For å få et mer nyansert bilde av vurderingene som ligger til grunn for at tjenestemottakere under 67 år oppholder seg i sykehjem, og også hva den enkelte selv ønsker, ville det vært nødvendig å snakke med tjenestemottakerne selv og/eller pårørende. Det lå utenfor rammen av oppdraget NOVA hadde.

Regjeringen har gjennom flere år framholdt at denne type institusjoner ikke er egnet som varig bosted for unge mennesker med store og omfattende hjelpebehov. Statens helsetilsyn er enig i at syke- og aldershjem ikke er egnet som varig bolig for yngre mennesker. Dersom tjenestemottakeren ønsker det, har kommunene ansvar for å etablere et faglig forsvarlig tjenestetilbud utenfor institusjonsbasert omsorg. Det dreier seg om personer med sammensatte og langvarige behov for flere tiltak og tjenester samtidig, og det er viktig at tjenestene samlet gir et forsvarlig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Tjenestetilbudet skal dessuten utformes i nær dialog med tjenestemottakeren.

Tjenestemottakere med psykiske lidelser
1 590 av tjenestemottakerne i totalutvalget på 13 240 har en eller annen form for psykisk lidelse som hovedårsak til at de har behov for tjenester. Analysene i den foreliggende rapporten bekrefter at personer med psykiske lidelser systematisk får mindre tilfredsstillende tjenester enn andre tjenestemottakere uavhengig av alder. Undersøkelsen gir ikke noen entydig forklaring på hvordan man skal forstå at kommunene ikke synes å strekke til overfor personer med psykiske lidelser. At denne gruppen har andre helsemessige og sosiale behov enn flertallet av tjenestemottakerne i sektoren, tilsier at det muligens kan være sider ved tjenestetilbudets innhold og innretning som ikke "treffer". Kanskje kan dette være tjenestemottakere som ikke søker eller ønsker kontakt med tjenesteapparatet, selv om det er faglig grunnlag for å gi slike tjenester.

Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at enkelte grupper tjenestemottakere, som for eksempel mennesker med psykiske lidelser, systematisk ikke får dekket sitt behov for tjenester. I hovedrapporten i 2003 uttalte Helsetilsynet følgende om dette (2):

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

Resultatene fra analysene indikerer at tjenestemottakernes funksjonsnivå ser ut til å fungere som "billett" inn i systemet nesten uavhengig av alder og årsaken til hjelpebehov (del I kapittel 1.7). Erfaringer fra tilsyn (se del III kapittel 2.2) kan tyde på at en del kommuner er godt i gang med å kvalitetssikre utredningsprosessene sine ved behandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester; det skjer blant annet ved at de benytter kartleggingsverktøy ved vurderinger av funksjonsnivå og behov for tjenester. Standardisering av saksbehandlings- og utredningsprosessen vil skyte ytterligere fart ved at IPLOS (Individbasert Pleie og Omsorgsstatistikk) blir obligatorisk som saksbehandlings- og rapporteringsverktøy for kommunene fra 2006. Statens helsetilsyn vil imidlertid presisere at kommunene har ansvar for å finne individuelle løsninger tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon. Forskrift om individuell plan (4) er utformet for å ivareta de særlige utfordringer tjenestemottakere med langvarige og sammensatte tjenestebehov har i møte med kommunen og andre tjenesteytere.

Hensikten med forskriften om individuell plan er å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov sees i sammenheng og at det legges vekt på å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tjenestemottakeren og eventuelt pårørende skal være sentrale deltakere i denne prosessen. Individuell planlegging og tilpassing er et sentralt tema i Statens helsetilsyns landsomfattende felles tilsyn med

kommunale helse- og sosialtjenester i 2005. En oppsummeringsrapport fra dette tilsynet blir publisert første halvår 2006.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning

Analysene i den foreliggende rapporten viser at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning får mer bistand enn andre tjenestemottakere (se del I kapittel 1.5.3).

Resultatene tilsier imidlertid ikke at det etter fagfolkens vurdering er noen som får for mye hjelp. Sammenlignet med flertallet av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenestene har mennesker med psykisk utviklingshemning ofte behov for en annen type og mer kontinuerlig tilsyn utover direkte praktisk hjelp. Praktisk bistand og opplæring omfatter også mer miljøfaglige ressurser, noe som kan ha avgjørende betydning blant annet for å forebygge bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykiske utviklingshemning (se mer om temaet i del III kapittel 2). Det kan derfor være gode faglige begrunnelser for at omfanget av bistand er høyere hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning.

Tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere

Få av tjenestemottakerne i denne undersøkelsen er rusmiddelmisbrukere. Dette gjenspeiler trolig utvalgskriteriene i undersøkelsen; særlig det som er en gjennomgående svakhet ved utvalgskriteriene, at av de som bor i egne hjem, er bare personer med både praktisk bistand og hjemmesykepleie med. De rusmiddelmisbrukerne vi har informasjon om synes å få et tilstrekkelig tjenestetilbud. Når antallet personer er så vidt lavt, er det imidlertid vanskelig å generalisere dette resultatet til å gjelde alle rusmiddelmisbrukere som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Vi kommer nærmere tilbake til dette i del III kapittel 1 i denne rapporten.

Betydningen av kjønn

Andelen av kvinner i pleie- og omsorgssektoren er svært høy både blant tjenestemottakerne og på personellsiden. Eldre kvinner lever lenger og er skrøpeligere enn menn. Mange av kvinnene har vært nære omsorgspersoner og pårørende for sine ektemenn i flere år før de selv får behov for hjelp og blir tjenestemottakere. Forskning har vist at kvinner og menn har forskjellige behov når

det gjelder tilgang til og innhold i sosial- og helsetjenester (5).

Helsetilsynet har derfor vært oppmerksom på at kjønn kan ha en betydning både ved fagfolks vurdering av behov og ved tildeling av tjenester. Underveis i arbeidet med den nasjonale undersøkelsen i 2003 ba Helsetilsynet om synspunkter og innspill fra Fagråd for kvinne- og kjønnsspørsmål i tilsyn⁷. Oppmerksomheten i analysene har vært rettet spesielt mot likheter og ulikheter mellom menn og kvinner både når det gjelder hjelpebehov, tjenestetilbud og de vurderinger av tilstrekkelighet som fagpersonene har gjort gjennom registreringene. Både analysene som ble presentert i hovedrapporten, og det som blir presentert i del I denne rapporten, har imidlertid ikke gitt resultater som indikerer forskjeller mellom kjønnene. Det er i seg selv et interessant funn. Ulike typer forklaringer kan tenkes. Valg av metodisk tilnærming er en mulig forklaring, men det kan også tenkes at terskelen i forhold til funksjonsnivå er så høy at kjønn ikke lenger er relevant.

2.2 Forholdet mellom bemanning og tilstrekkelighetsvurderinger i sykehjem – noen kommentarer

Data fra bemanningskartleggingen i sykehjem ble koblet med data om tjenestemottakere i de samme sykehjemmene. Analysene gir imidlertid ikke noe enkelt og entydig beskrivelse av forholdet mellom bemanning og tilstrekkelighetsvurderinger. Legger man den planlagte bemanningen til grunn, det vil si virksomhetenes turnusplaner, viser de nye analysene en svak statistisk sammenheng mellom personellressurser, målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, og tilstrekkelighetsvurderingene knyttet til personlig hygiene og stell; forenklet sagt: jo flere personer som var planlagt på vakt, jo mer tilstrekkelig blir tjenestetilbudet vurdert å være. Det er også gjort analyser som undersøker om andre faktorer, som beboernes funksjonsnivå, kjønn og alder, kan ha betydning for tilstrekkelighetsvurderingene. Resultatene indikerer at det kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud, utfordringer som er uavhengig av hvor mye personale virksomheten setter inn. For eksempel ser det ut til at det å gi både de *aller svakeste* og de *sprekeste* tilpasset hjelp med mat og måltider, kan være en oppgave som det er vanskelig å løse på en tilfredsstillende måte, også der det synes å være godt med personellressurser.

7) Fagrådet er tverrfaglig sammensatt av personer med relevant kompetanse og medlemmene skal ha erfaring fra forskning, undervisning, forvaltning og/eller utøvende sosial- og helsetjenester. Fagrådet som oppnevnes for en periode på to år, skal sikre at Helsetilsynet regelmessig søker råd fra fagpersoner om betydningen av kjønn i de sakene Helsetilsynet arbeider med og måten det arbeides på. Fagrådet skal ha både en rådgivende og en pådrivende funksjon overfor Helsetilsynet.

Noe overraskende finner man ingen tilsvarende statistisk sammenheng dersom man legger den faktiske bemanningen til grunn, det vil si antall personer som faktisk var på vakt på undersøkelsestidspunktet. Heller ikke når en tar hensyn til pasientsammensetningen i sykehjemmet gjenfinnes denne sammenhengen (se del I kapittel 2.2).

Begrensninger i metoden kan være en mulig forklaring på dette noe overraskende resultatet. Den faktiske bemanningen gjenspeiler situasjonen slik den var akkurat den dagen undersøkelsen ble gjennomført. Undersøkelsestidspunktet ble valgt ut i fra en antagelse om at det var en vanlig hverdag, og ikke helg, helligdag eller ferie. Vi vet imidlertid ikke om dette var en typisk hverdag eller uvanlig hverdag i den enkelte virksomhet. Resultatene i hovedrapporten viste med tydelighet at kommunene har vanskeligheter med å dekke opp sine egne turnusplaner som planlagt (2). Hverdagen i pleie- og omsorgstjenesten er omskiftelig, og det er et ledelsesansvar å sikre mest mulig forutsigbarhet og stabilitet i personalstaben slik at tjenestemottakerne får den helsemessige og omsorgsmessige oppfølgingen de har behov for og rett til. Selv om det var færre til stede enn planlagt, er det grunn til å tro at de som var i arbeid på undersøkelsestidspunktet strakk seg for å gi god hjelp.

Statens helsetilsyn har gjennom tilsyn i perioden 1998 – 2002 avdekket mangler på enkelte områder innen sykehjemsvirksomhet og hjemmesykepleie. Eksempler på slike områder er kompliserte medisinske prosedyrer, legemiddelhåndtering, vurdering av demens og bruk av tvangslignende tiltak (6). På disse områdene er det nødvendig med mer spesifikk og omfattende kunnskap, representert ved personer med helse- og sosialfaglig utdanning. For å sikre at brukerne får tjenester slik de har lovfestet rett til og behov for, er det helt nødvendig at kommunene sikrer tilgang til personale med relevant utdanning både i den generelle omsorgen for brukerne og i opplæring og veiledning av ufaglærte; dette gjelder både i hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester. Helsetilsynet vil presisere at i kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og styre virksomheten slik at de knappe syke- og hjelpepleieressursene de har til rådighet, blir benyttet hos de tjenestemottakerne som har størst behov for medisinsk og helsefaglig kompetanse.

DEL III

Funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter 2003 - 2004

1 Kommunale sosial- og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere - landsomfattende tilsyn i 2004 og rapport om rusmiddelmissbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud

Helsetilsynet har gjennom ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004 rettet oppmerksomheten mot rusmiddelmissbrukeres behov og tjenestetilbud. Fylkesmennene gjennomførte i 2004 landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Funn og erfaringer fra de 58 tilsynene er tidligere presentert i Rapport fra Helsetilsynet 4/2005 (7). Tidligere i år utarbeidet Statens helsetilsyn også en rapport som gav oversikt over sentrale datakilder om rusmiddelmissbrukeres helsetilstand, nærmere bestemt tunge alkohol- og narkotikamisbrukere, og helsetjenestetilbudet de får (8). Deler av disse to arbeidene har relevans for det som er fokus for den foreliggende rapporten, og blir kort presentert i dette kapittelet.

1.1 Landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere

Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere er de siste årene viet økt politisk oppmerksomhet. Ansvaret for spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbruk ble fra 1. januar 2004 overført fra fylkeskommunene til staten. Det er likevel slik at kun et fåtall av rusmiddelmissbrukerne befinner seg i institusjoner eller polikliniske behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har fortsatt ansvaret for å sikre tilpassede tjenester, både i og utenfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg. Sosiale tjenester kan spille en avgjørende rolle for rusmiddelmissbrukere for å mestre egen livssituasjon, redusere behandlingsbehov eller for å lykkes i behandlingsopplegg.

I det landsomfattende tilsynet undersøkte fylkesmennene om og hvordan kommunene innretter og ivaretar sentrale sosiale tjenester i forhold til rusmiddelmissbrukere. Konkret handler det om å gi opplysninger, råd og veiledning, og å tilby tjenester som praktisk bistand, støttekontakt og plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, samt forsvarlig midlertidig husvære.

1.1.1 Funn og erfaringer fra tilsynet

Tjenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon var i liten grad i bruk overfor rusmiddelmissbrukere; i noen tilfeller gjaldt dette også rusmiddelmissbrukere med omfattende hjelpe- og omsorgsbehov. Tilsynet avdekket at særlig praktisk bistand og opplæring, men også støttekontakttjeneste, gis et mer begrenset innhold enn lovgiver har forutsatt. Det framkom videre eksempler på at innvilgede tjenester ikke ble iverksatt fordi det var vanskelig å finne støttekontakter; alternative tiltak ble ofte ikke vurdert i slike tilfeller.

I omtrent en fjerdedel av de undersøkte kommunene ble det opplyst at miljøarbeidere eller boveiledere yter tjenester til rusmiddelmissbrukere. Slike tjenester ble tildelt uten at det ble fattet vedtak. Rusmiddelmissbrukere lever ofte et turbulent liv hvor relasjoner brytes og boforhold oppløses. Sosialtjenesten er forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Derfor ble det i tilsynet undersøkt om kommunene sikrer midlertidig husvære med forsvarlig kvalitet. Litt under halvparten av kommunene hadde svikt når det gjaldt tildeling av midlertidig husvære.

1.1.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 gis i stort omfang overfor eldre og funksjonshemmede, men intensjonen med loven er at slike tjenester skal ytes til alle med særlige hjelpebehov, deriblant rusmiddelmissbrukere. 12 år etter at sosialtjenesteloven trådte i kraft viser funn i tilsynet at kommunene begrenser praktisk bistand og opplæring i all hovedsak til tradisjonelle hjemmehjelpstjenester, og gir også støttekontakttjenesten et snevrere innhold enn det som gir mening for de fleste rusmiddelmissbrukere. For at den enkelte rusmiddelmissbruker skal få reell hjelp til å mestre dagliglivets ulike utfordringer må kommunen utforme tilbudet om praktisk bistand og opplæring slik at både tradisjonelle hjemmehjelpstjenester og funksjoner som miljøarbeidere ivaretar, blir inkorporert. Formålet er å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpent. En rusmiddelmissbruker kan ha behov for hjelp og opplæring til å gjøre en bolig til et hjem, holde et husholdningsbudsjett, kjøpe variert og næringsrik mat, mestre nye samværsformer, ta imot gjester osv. Loven stiller ikke bestemte krav til tjenestens innhold eller omfang, men slike tjenester vil være avgjørende for at hjelp i hjemmet er et reelt alternativ til institusjonsomsorg.

Tilsvarende bør støttekontakttjenesten innrettes slik at den hjelper rusmiddelmissbrukere til å mestre ulike sosiale situasjoner og til å få et mer meningsfullt liv i fellesskap med andre slik intensjonen i sosialtjenesteloven er.

Skal rusmiddelmissbrukere og andre sikres tilstrekkelige og forsvarlige tjenester er det nødvendig å tydeliggjøre både for kommunene og rusmiddelmissbrukerne hva som kan være innholdet i de ulike tjenestene, og at dette innholdet formes mer ut fra behovene til rusmiddelmissbrukerne enn funksjonshemmede og eldre. Retten til å klage er et av samfunnets viktige virkemiddel for å sikre likhet og rett kvalitet på tjenestene, hvis tjenester innrettes slik at denne retten bortfaller vil det svekke rettssikkerheten. Når bo- og miljøarbeidertjenester blir tildelt uten at det ikke fattes skriftlig vedtak, gis det heller ikke formell mulighet til å klage. Dette er etter Helsetilsynets syn alvorlig.

1.2 Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud

Rapporten "Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et over-

ordnet tilsynsperspektiv" (8) som gav oversikt over sentrale datakilder om rusmiddelmissbrukeres, helsetilstand og helsetjenestetilbudet, omhandlet også Statens helsetilsyns vurderinger av om det er områder hvor det er stor risiko for svikt, sett på bakgrunn av helsepolitiske målsetninger og myndighetskrav.

Tunge rusmiddelmissbrukere, i denne sammenhengen vil det si personer som har store alkohol- og/eller narkotikaproblemer, har ofte sammensatte og svært alvorlige helseproblemer, sykdommer og skader som følge av et langvarig misbruk, og dødeligheten er høy.

Selv om kunnskapsgrunnlaget som Statens helsetilsyn vurderte, er mangelfullt mener tilsynsmyndigheten det særlig er grunn til bekymring for høye terskler for å bli henvist til spesialisthelsetjenesten når rusmiddelmissbrukeren har en somatisk og psykiatrisk lidelse samtidig (såkalt dobbeltdiagnoser). Manglende ruskompetanse blant mange fastleger og personell i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, er etter Helsetilsynets vurdering et annet område med risiko for svikt. Det samme gjelder uklarheter knyttet til fastlegenes ansvar i forbindelse med behandling for rusproblematikk, blant annet legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Manglene i samordning innen og mellom nivåene i helsetjenesten og i forhold til sosialtjenesten får dessuten Helsetilsynet til å reise spørsmål ved om behovet for godt koordinerte og helhetlige helse- og sosialtjenester blir ivarettatt.

1.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

På bakgrunn av de ulike tilsynsaktivitetene Statens helsetilsyn har gjennomført de siste par årene med fokus på de helsemessige, medisinske og sosial behov rusmiddelmissbrukere har og det tjenestetilbudet de får, synes det å være grunnlag for å konkludere med at det gjenstår mye arbeid på kommunalt nivå før gruppen får det tjenestetilbudet de har behov for og rett til.

Enten det gjelder hjelp til og opplæring for å holde orden i egen bolig og husholdning eller det dreier seg om å etablere et sosialt nettverk som er stabilt og støttende, gir tilsynserfaringene inntrykk av at dagens tjenestetilbud til gruppen er begrenset både i omfang, innhold og innretning. Kommunenes ansvar omfatter å sikre tilpassede

tjenester, både i og utenfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg.

Mange rusmiddelmisbrukere har sammensatte og langvarige medisinske og sosiale behov slik at tett samarbeid og kommunikasjon både mellom fastlege og resten av det kommunale hjelpeapparatet, og mellom den kommunale sosial- og helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for å sikre at gruppen får et forsvarlig tjenestetilbud.

2 Praksis knyttet til tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 – 2004

Kapittelet er basert på funn og erfaringer fra fylkesmennenes tilsynsaktiviteter på området tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning i 2004; materialet er publisert tidligere i år i Helsetilsynets rapportserie (9).

Når det gjelder tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning, gjennomfører fylkesmennene både systemrevisjoner og stedlig tilsyn⁸ med gjennomføring av vedtak etter sosialtjenestelovens kapittel 4A *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*⁹.

Tvang og makt kan brukes som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner eller som tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, også opplærings- og treningstiltak. Bruk av tvang og makt er spesielt inngripende overfor den enkelte. Uten klare kriterier for tvangsbruk, og beskrivelse av faglig og etisk forsvarlige tvangsmetoder, overlates mye til den enkelte tjenesteyters skjønn. I lov og forskrift legges det derfor stor vekt på saksbehandlingsregler for å sikre brukerens rettsikkerhet. Saksbehandlingsreglene sikrer blant annet at eventuell tvangsbruk vurderes av flere personer og instanser, og at tvangsbruk reduseres til et minimum.

Kommunene er forpliktet til å legge til rette for minst mulig bruk av tvang og makt, og å forebygge og prøve andre løsninger før tvang blir brukt. Kommunen må også sikre nødvendig opplæring, samt faglig veiledning og oppfølging av ansatte i gjennomføring av tvangstiltak.

2.1 Funn og erfaringer

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

Funn fra disse tilsynene viser at det forekommer uhjemlet tvangsbruk i de undersøkte kommunene, og at det mange steder ikke blir sendt meldinger slik lovgivningen¹⁰ krever, når ansatte har brukt tvang for å forhindre skade i nødssituasjon. Slike situasjoner kan gi informasjon om nødvendig forbedringsarbeid, både knyttet til den enkelte bruker og tjenestene generelt, blir ikke fanget opp.

De stedlige tilsynene er rettet mot tvangstiltak for enkeltbrukere. Rapportene fra stedlig tilsyn formidler generelt sett et mer positivt bilde av situasjonen i kommunene enn oppsummeringen av systemrevisjonene. Tilsynserfaringene viser at når det er fattet vedtak om bruk av tvang og makt, skjer det ofte positiv endring for bruker, ved at tvangsbruk reduseres over tid. Helsetilsynet konstaterer at kommunenes praksis knyttet til brukere hvor det foreligger godkjente vedtak om bruk av tvang og makt, ofte er i tråd med lovens krav. Tilsynserfaringene indikerer imidlertid at det kan være en utilstrekkelig bevissthet i de kommunale tjenestene om bruk av tvang og makt, noe som kan øke risiko for uhjemlet tvangsbruk.

2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

Når kommunene mangler oversikt over og

8) Stedlige tilsyn gjennomføres enten i forbindelse med at det foreligger vedtak om bruk av tvang og makt overfor en bruker, og/eller på bakgrunn av at Fylkesmannen har mottatt meldinger om beslutning om bruk av tvang som skadeavvergende tiltak i nødssituasjon overfor en bruker. Se nærmere omtale i Rapport fra Helsetilsynet 6/2005.

9) Sosialtjenestelovens (forkortet sotjl) kapittel 4A *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning* regulerer bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning, og er nært knyttet til sotjl. § 4-2 *Tjenester*, a-d som omhandler rett til ulike former for praktisk bistand og opplæring. Formålet med bestemmelsene i kapittel 4A er å begrense og å kontrollere bruk av tvang og makt i tjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

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

kontroll med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, kan det øke tvangsbruken. Helsetilsynet ser alvorlig på at de undersøkte kommunene ikke sikrer i tilstrekkelig grad at andre løsninger prøves før tvangstiltak blir brukt. Det er imidlertid grunn til bekymring for at tvang og makt brukes overfor enkelte brukere, uten at det følges opp slik lovverket forutsetter. Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommuner ikke oppfyller lovens krav til bruk av tvang og makt.

At rapportene fra stedlige tilsyn formidler et mer positivt inntrykk enn revisjonsrapportene kan ha flere forklaringer. Det henger sammen med at metoden for innsamling av informasjon er ulik og at utvelgelsen av virksomheter der det skal gjennomføres tilsyn, er ulikt. I systemrevisjonene undersøker tilsynsmyndigheten om virksomheten innretter sine aktiviteter og sin praksis slik at de oppfyller de krav som lov og forskrifter har fastsatt for området.

Virksomhetene blir som nevnt tidligere, valgt ut fra fylkesmennenes vurderinger av risiko og sårbarhet og kunnskap om lokale forhold. Stedlige tilsyn er i hovedsak rettet mot tjenester til brukere som allerede har godkjente vedtak om bruk av tvang og makt; utvalget består av enkeltvedtak knyttet til den enkelte tjenestemottaker. Kommunene må legge ned mye arbeid både i forbindelse med saksbehandling av vedtakene og ikke minst i oppfølgingen av disse.

Saksbehandlingsreglene skal blant annet sikre at eventuell tvangsbruk vurderes av flere personer og instanser, og at tvangsbruk reduseres til et minimum. Bruker har videre krav på kvalifisert personale ved gjennomføring av planlagte tvangstiltak, samt at det er to til stede hvis det ikke er til ulempe for bruker.

Som nevnt tidligere i den foreliggende rapporten (del II kapittel 2.1) er det sammenheng mellom bruk av tvang og makt og praktisk bistand og opplæring; omfanget av miljøfaglig kompetanse har avgjørende betydning blant annet for å forebygge bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykiske utviklingshemning.

3 Sosiale tjenester og helsetjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 - 2004

Dette kapittelet er basert på funn og erfaringer fra egeninitierte tilsyn som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har gjennomført i pleie- og omsorgssektoren i 2004; materialet er publisert tidligere i år i Helsetilsynets rapportserie (9). I 2004 oppsummerte Statens helsetilsyn tilsynserfaringer fra kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren for perioden 1998–2003 (6).

Det er stor grad av samsvar mellom funn og erfaringer fra revisjoner som ble gjennomført i 2004, og det som ble presentert i rapporten fra 2003 (6). Det følgende er et sammendrag av de funn som er mest relevante for temaet i den foreliggende rapporten.

3.1 Funn og erfaringer

De egeninitierte tilsynene i 2004 rettet oppmerksomheten særlig mot dekking av grunnleggende behov, saksbehandling, legemiddelhåndtering, rettighetsbegrensninger, journalføring og dokumentasjon. Andre områder som har vært undersøkt, er samhandling og samarbeid mellom legetjenesten og hjemmesykepleie, smittevern i sykehjem, opplæring og habilitering og rehabilitering. Fylkesmennene har dessuten hatt omsorgslønn, støttekontakt og avlastning som revisjonstema.

Brukernes behov og tjenestetilbudet/ dekking av grunnleggende behov

Revisjonene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har særlig rettet oppmerksomheten mot de områdene som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (27. juni 2003 nr. 792) definerer som grunn-

leggende behov, og mot utarbeiding av skriftlige prosedyrer og dokumentasjon. De mest undersøkte områdene er personlig hygiene, muligheter for normal 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.

Observasjoner fra revisjonsrapportene gir inntrykk av at kommunene så langt det lar seg gjøre legger til rette for et tjenestetilbud som imøtekommer individuelle behov og ønsker hos tjenestemottakerne, for eksempel i forhold til døgnrytme. Forutsigbarhet og kontinuitet synes det imidlertid å være vanskeligere å sikre til en hver tid.

Illustrerende eksempel fra en revisjonsrapport:

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

Det er stor variasjon mellom kommunene som er undersøkt, når det gjelder rutiner for legemiddelhåndtering, inkludert rutiner for avviksregistrering, avtale om farmasøytisk tilsyn, og når det gjelder opplæring og delegasjon når andre enn sykepleier og vernepleier gir medisiner. Samarbeid og

